

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΚΑΛΠΟΥΡΤΖΗ ΙΣΜΗΝΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ :

ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ, επιβλέπουσα καθηγήτρια
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, καθηγήτρια εφαρμογών
ΑΒΡΑΜΙΚΑ ΜΑΡΙΑ, καθηγήτρια εφαρμογών

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί συχνότερο πρόβλημα που απαντάται στον γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως .Τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα εξ αιτίας του έχει μειωθεί σημαντικά γεγονός που οφείλεται στην εξέλιξη των μεθόδων ανίχνευσης του κυρίως στις Δυτικές χώρες και στην αποτελεσματικότητα των νεότερων θεραπειών που χρησιμοποιούνται .

Ο μαστός για την γυναίκα αποτελεί το κύριο σύμβολο θηλυκότητας. Η απώλεια τέτοιου οργάνου προκαλεί αισθήματα κατωτερότητας που προέρχονται από την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου βιώνοντας ταυτόχρονα την δυσφορία σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο καθώς ο ρόλος της στην οικογένεια ,στην εργασία και γενικότερα στην κοινωνία μεταβάλλεται καθώς ο καρκίνος του μαστού την φέρνει αντιμέτωπη με την πραγματικότητα της διάγνωσής και μετέπειτα με τις ανεπιθύμητες ενέργειες τις θεραπειάς ,κάνοντας την να ζει με έναν φόβο :αυτό του επικείμενου θανάτου .

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια μας κ.Λαβδανίτη Μαρία για την ξεχωριστή ευκαιρία που μας έδωσε να μελετήσουμε αυτό το εξαιρετικά ενδιαφέρον θέμα μέσα από το οποίο μας ώθησε στο να αντιληφθούμε ωριμότερα ίσως και για πρώτη φορά τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό ρόλο του νοσηλευτή, να ασχοληθούμε ουσιαστικά με την νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενούς, με αυτό το ιδιαίτερο κεφάλαιο της νοσηλευτικής επιστήμης με την πραγματέυση του οποίου αποκομίσαμε έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης που θα μας βοηθήσει στο ξεκίνημα μας ως αυριανοί νοσηλευτές .

Τέλος την ευχαριστούμε τόσο για την επιμέλεια και τόσο και για την καθοδήγηση της όπως και όλους τους καθηγητές του ιδρύματος για όσα μας έχουν προσφέρει κατά την διάρκεια της φοίτησης μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Τυχόν λάθη, αδυναμίες και παραλείψεις βαραίνουν αποκλειστικά εμάς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	8
Μαστός - Ιστορική αναδρομή	8
Εμβρυολογία και ανατομία του μαστού.....	8
Στοιχεία εμβρυολογίας του μαστού.....	10
Ανατομία μαστού.....	12
Έμμηνος ρύση και Μαστός	16
Κύηση – γαλουχία και μαστός.....	16
Εμμηνόπαυση και μαστός.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	18
Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού	18
Παθολογική ανατομία.....	18
Παθολογοανατομική ταξινόμηση.....	20
Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού.....	23
Μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	26
Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού	26
Ιογενείς παράγοντες.....	26
Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.....	27
Ορμονικοί παράγοντες.....	28
Γενετικοί παράγοντες.....	28
Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της γυναίκας.....	29
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	30
Διαιτητικοί παράγοντες.....	30
Παθολογοανατομικοί παράγοντες.....	31
Φαρμακευτικοί παράγοντες.....	32
Κλινική εικόνα — πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	32
Κλινική εικόνα.....	32
Κλινική εξέταση.....	34
Α. Επισκόπηση.....	34
Ψηλάφηση.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	37
Εφαρμογές και μέσα κατά τη Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	37
Τεχνική Αυτοεξέτασης μαστού (ΑΕΜ).....	37

Εργαστηριακός έλεγχος.....	38
Ακτινολογικός έλεγχος.....	39
Ιστολογικές εξετάσεις.....	39
Α. Παρακέντηση με λεπτή βελόνα.....	39
Β. Βιοψία.....	40
Μαστογραφία.....	41
Υπερηχοτομογραφία.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	47
Θεραπευτικές μέθοδοι – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού.....	47
Θεραπεία.....	47
Χειρουργική θεραπεία.....	48
Ριζική μαστεκτομή.....	48
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.....	49
Μερική μαστεκτομή.....	49
Απλή μαστεκτομή.....	49
Ογκεκτομή.....	49
Πιθανά προβλήματα-Επιπλοκές Χειρουργικής θεραπείας.....	50
Χημειοθεραπεία.....	53
Συμπληρωματική προφυλακτική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	55
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην προφυλακτική θεραπεία.....	55
Χημειοθεραπεία προχωρημένου καρκίνου του μαστού.....	57
Μέτρα ασφαλείας για την ασθενή κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	58
Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας.....	59
Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία- νοσηλευτικές παρεμβάσεις	60
Διδασκαλία Καρκινοπαθούς.....	66
Ακτινοθεραπεία –Νοσηλευτική παρέμβαση.....	66
Ορμονοθεραπεία –Νοσηλευτική παρέμβαση.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	70
Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με προβλήματα καρκίνου του μαστού που υποβάλλεται σε θεραπεία	70
Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.....	70
Κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς.....	73
Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο του μαστού τελικού σταδίου.....	77
Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο.....	77
Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο.....	82
Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο.....	83
Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.....	84
Συνοπτική παρουσίαση των σταδίων.....	85
1 ^η φάση – πρώιμο στάδιο.....	85
2 ^η φάση – ενδιάμεσο στάδιο.....	87
3 ^η φάση – τελικό στάδιο.....	88
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το θέμα της *νοσηλευτικής προσέγγισης ασθενούς με προβλήματα καρκίνου του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία*, η ολοκλήρωση του οποίου απαιτεί κατά πρώτο λόγο την αναφορά του καρκίνου του μαστού γενικότερα σαν νόσο ,δηλαδή στην προσβολή που αυτός επιφέρει στον γυναικείο πληθυσμό σε οργανικό επίπεδο κατά την θεραπεία ,με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και κατά δεύτερο λόγο μέσα από νοσηλευτική σκοπιά την προσέγγιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών της ασθενούς αναφέροντας τις ουσιαστικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κάθε περίπτωση όπως και σε αυτήν της ασθενούς με καρκίνο τελικού σταδίου επικεντρώνοντας στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας από πλευράς του νοσηλευτή .

Μέσα από τα έξι κεφάλαια της εργασίας μας προσπαθήσαμε πιστεύουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο μέσα στο πλαίσιο των γνώσεων και των δυνατοτήτων μας να τονίσουμε τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή, ο οποίος πηγάζει από τη θέση του ως έναν από τους επαγγελματίες υγείας που βρίσκεται και δαπανά τον περισσότερο χρόνο κοντά στην ασθενή. Κάθε κεφάλαιο παρέχει πληροφορίες και είναι αλληλένδετο με τα υπόλοιπα ώστε το θέμα να παρουσιαστεί ολοκληρωμένα στον αναγνώστη.

Το πρώτο κεφάλαιο αρχίζει παρουσιάζοντας αναδρομικά την πορεία του μαστού στο χρόνο ως διαχρονικό αντικείμενο στην τέχνη σε όλες της εκφάνσεις της ως μοναδικό και αδιαμφισβήτη σύμβολο της γυναικείας φύσης. Συνεχίζει με τα Στοιχεία εμβρυολογίας του μαστού στα οποία εμπεριέχονται η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού και η «συμπεριφορά» αυτού στην έμμηνο ρύση την κύηση και την γαλουχία.

Το δεύτερο κεφάλαιο «φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού» περιλαμβάνει την παθολογική ανατομία καθώς και την παθολογική ταξινόμηση αυτού την διασπορά, τις μεταστάσεις του καρκίνου όπως επίσης και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αυτών .

Το τρίτο κεφάλαιο εκθέτει τους εννέα παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού λεπτομερώς όπως και την κλινική εικόνα, κλινική εξέταση της καρκινοπαθούς.

Το τέταρτο κεφαλαίο περιλαμβάνει τα μέσα και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού όπως είναι η αυτοεξέταση, ο απαραίτητος εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος, οι ιστολογικές εξετάσεις, καθώς επίσης οι διαγνωστικές εξετάσεις της παρακέντησης και της βιοψίας. Παραθέτονται αναφορικώς η μαστογραφία και η υπερηχοτομογραφία.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παραθέτονται επιγραμματικά όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται αυτήν την στιγμή στην χώρα μας, όπως η χειρουργική θεραπεία διαιρούμενη στις επιμέρους τεχνικές της συμπεριλαμβάνοντας τα πιθανά προβλήματα και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές αυτής, η χημειοθεραπεία στα στάδια της συμπληρωματικής προφυλακτικής χημειοθεραπείας και στον προχωρημένου καρκίνου του μαστού, τα μέτρα ασφάλειας-νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χρήση της και οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την εφαρμογή της.

Επιπλέον εδώ παραθέτονται οι θεραπευτικές μέθοδοι τις ακτινοθεραπείας και της ορμονοθεραπείας, καθώς και ο συνδυασμός θεραπευτικών σχημάτων. Σημαντική είναι η παρουσία της νοσηλευτικής παρέμβασης σε όλες τις δομές των προαναφερθέντων θεραπευτικών μεθόδων καθώς και η διδασκαλία της καρκινοπαθούς.

Στο έκτο και τελευταίο κεφαλαίο της εργασίας μας το οποίο διακρίνεται σε δυο μέρη παρουσιάζεται: Α) η υποστηρικτική αγωγή-νοσηλευτική προσέγγιση της ασθενούς που υποβάλλεται στα παραπάνω θεραπευτικά σχήματα σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο η οποία ολοκληρώνεται με την συνοπτική σταδιοποίηση των ψυχικών διακυμάνσεων της καρκινοπαθούς.

Το δεύτερο μέρος του κεφαλαίου αυτού αναφέρεται η νοσηλευτική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού τελικού σταδίου τόσο σε οργανικό, σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο όσο και σε πνευματικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΜΑΣΤΟΣ :ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα, εκτός από λίγες εξαιρέσεις, παραμένει ανενεργή, ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. **(Πινακίδης, Μπούτης 1993)**

Από την αρχαιότητα ο μαστός αποτελούσε και αποτελεί το σύμβολο της ευγονίας, της θηλυκότητας, της γυναικείας ομορφιάς, της παρθενικότητας και της αγνότητας. Είναι ένα σπουδαίο στοιχείο έκφρασης που υμνήθηκε από ποιητές και συγγραφείς, σμιλεύτηκε από γλύπτες και αποθανάτιστηκε από ζωγράφους. Ο Όμηρος στην Ιλιάδα του εξιστορεί πως η Εκάβη, θέλοντας να προστατέψει το γιο της Έκτορα, άνοιξε το χιτώνα του στήθους της με το ένα χέρι και με το άλλο ανασήκωσε το μαστό της.

Η αρχαία γλυπτική με τη σειρά της, απεικόνισε με επιδέξιο παραστατικό τρόπο το μαστό, σαν ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της γυναικείας φύσης. Σε αρχαίο αγγείο στο Λονδίνο παριστάνεται η Ήρα να θηλάζει τον Ηρακλή, γιο του Δια και της Αλκμήνης, ο οποίος δε θα μπορούσε να λατρεύεται ως θεός, αν πρώτα δε θήλαζε από το μαστό της Ήρας.

Αλλά και η ζωγραφική με τις δικές της πινελιές και χρώματα αποθανάτισε τη μοναδικότητα του μαστού της γυναίκας μέσα στο χρόνο μέχρι και σήμερα. Από το ατελιέ του Leonardo da Vinci προέρχεται ο πίνακας της Madonna Litta, ζωγραφισμένος από τον Abrogio de Predis, στον οποίο διακρίνεται άνοιγμα στο φόρεμα που χρησίμευε για το θηλασμό.

Παρόλο όμως, που ο μαστός εξυμνήθηκε από την ποίηση, τη γλυπτική και τη ζωγραφική ως το κυριότερο κόσμημα του γυναικείου σώματος, ωστόσο έχουν διασωθεί πολλές μαρτυρίες που επισκιάζουν και αμαυρώνουν την αντίληψη για το μαστό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται και

απεικονίζεται σε πίνακα πως στην Κατάνη της Σικελίας, την εποχή των χριστιανικών διωγμών, μαρτύρησε η Χριστινή Αγαθή με αποκοπή των μαστών της, επειδή δεν ανταποκρίθηκε στις ερωτικές επιθυμίες του άρχοντα της Σικελίας Quintianus. Ακόμη, ο Αλή Πάσας στα Γιάννενα αναφέρεται πως έκοβε τις θηλές των γυναικών, που δεν του έδιναν τις κόρες τους για το χαρέμι του, έπειτα τις ξέραινε στον ήλιο και τις έφτιαχνε κομπολόι.

Πολλά συγγράμματα της αρχαιότητας μαρτυρούν την ύπαρξη ασθενειών και την καρκινογένεση στο μαστό από εκείνα τα χρόνια. Η πρώτη επιστημονική αναφορά του καρκίνου του μαστού γίνεται από τον Ιπποκράτη, ο οποίος παρομοίωσε την πάθηση με καρκίνο (κάβουρα) λόγω της ακτινοειδής διάταξης των φλεβών που έμοιαζαν με ποδιά κάβουρα.

Ο μαστός στη σημερινή εποχή, όπως και στην αρχαιότητα συνδέεται με τη θηλυκότητα, τη μητρότητα και τη σεξουαλική συμπεριφορά της σύγχρονης γυναίκας. Η επιθυμία της γυναίκας για την απόκτηση ενός ωραίου μαστού αναφέρεται μέσα από τις παιδικές της εμπειρίες, τις αντιδράσεις και επιδράσεις της οικογένειας, των φίλων της και γενικά της κοινωνίας.

Μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας που έχει η γυναίκα για το στήθος διαδραματίζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία με τη συνεχή προβολή διαφημιστικών spots γυναικών με ωραία στήθη προκαλούν ενσυνείδητα η ασυνείδητα ισχυρά συναισθήματα. Ακόμη, οι σύγχρονες επιταγές της μόδας αναδεικνύουν το γυναικείο στήθος και τονίζουν την αισθητική της γυναίκας με τα είδη ρουχισμού και αξεσουάρ.

Στο μαστό, σε ένα από τα πιο ευαίσθητα όργανα του γυναικείου σώματος, αντανακλώνται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος και του σύγχρονου τρόπου διαβίωσης προκαλώντας ενοχλήσεις, που μπορεί να εκτείνονται από μια φλεγμονή μέχρι και έναν καρκίνο.

Η λέξη «καρκίνος» ακόμη και σήμερα, που η εξέλιξη της επιστήμης, και ειδικότερα της Ιατρικής, έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο, και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα. Ο καρκίνος του μαστού

προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου για αυτές. Η συχνότητα εμφάνισης του διαφέρει από χώρα σε χώρα, καθώς είναι σημαντικά μεγαλύτερη στη Βόρεια Αμερική και τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης παρά στις ασιατικές και τις αφρικάνικες χώρες. Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται στις μεσήλικες γυναίκες, μεταξύ 50–60 ετών, και η συχνότητα του αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας, ενώ αποτελεί σπάνιο φαινόμενο η εντόπιση του κάτω από τα 25 χρόνια. Πειραματικές και κλινικές έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες ομάδες γυναικών βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκινώματος του μαστού. **(Φαχαντίδης, 1997)**

Στις Ελληνίδες, ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1.151 θανάτων ανά έτος. Η θνησιμότητα αυτή είναι συγκριτικά χαμηλή σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Βορείου Αμερικής, ενώ είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη της Ιαπωνίας και των άλλων χωρών της Ασίας και Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνονται κατά μέσο όρο 4% κατά την τελευταία εικοσαετία και εντοπίζονται αυξημένοι στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές. **(Πινακίδης – Μπούτης, 1993).**

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι όργανο που εμφανίστηκε αργά στη φυλογενετική κλίμακα, αφού αποτελεί ανατομικό χαρακτηριστικό των θηλαστικών ζώων και χρησιμεύει για την θρέψη των σχετικά ανώριμων κατά τη γέννηση παιδιών τους. Η πρώτη καταβολή του παρουσιάζεται την έκτη εμβρυϊκή εβδομάδα με τη μορφή εξωδερμικής πάχυνσης κατά μήκος της επιμήκου γραμμής, που ξεκινάει από τη μασχάλη, αριστερά και δεξιά, ως τη βουβωνική χώρα. Η πάχυνση αυτή ονομάζεται μαστική ακρολοφία (milk line). Μέχρι την ένατη εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα δυο τρίτα αυτής, ενώ το τμήμα που βρίσκεται στη θωρακική περιοχή αναπτύσσονται πέντε με έξι οζίδια, τα μαστικά λοφίδια, που αποτελούν τις καταβολές των

μαστών. Στη διάρκεια του πέτου μήνα της εμβρυϊκής ζωής, ο αρχέγονος μαζικός αδένας παρουσιάζει 15–20 προεκβολές, που απωθούν το υποκείμενο μεσέγγυμα και αναπτύσσονται προς τα κάτω, σχηματίζοντας πολλαπλές διακλαδώσεις. Αυτές αποτελούν τους πρωτογενείς εκφορητικούς πόρους που συνεχίζουν την ανάπτυξη τους σε όλη τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής. Στην αρχή είναι συμπαγείς, αλλά σταδιακά αποκτούν αυλό. Επίσης η αρχικά προέχουσα ελεύθερη επιφάνεια του αρχέγονου μαστού γίνεται επίπεδη και στη συνέχεια σχηματίζει κεντρικά εμβάθυνση, στην οποία εκβάλλουν οι νεοσχηματισμένοι εκφορητικοί πόροι.

Κατά τη γέννηση, η εμβαθυσμένη περιοχή υπεγείρεται και σχηματίζει τη θηλή του μαστού. Η θηλή αναγνωρίζεται από τον πέμπτο εμβρυϊκό μήνα ως κυκλική, χωρίς καταβολές τριχών περιοχή, με τους χαρακτηριστικούς αδένες του Montgomery. Στη γυναίκα η περιοχή αυτή ανυψώνεται πριν από την ήβη. Την εποχή αυτή, παρατηρείται γρήγορη ανάπτυξη του μεγέθους του μαστού που οφείλεται κυρίως στην εναπόθεση λίπους γύρω από τους πόρους που, επίσης αναπτύσσονται με την επίδραση των οιστρογόνων. Τελικά, ο μαστός παίρνει ημισφαιρικό σχήμα με τη θηλή στην κορυφή. Η ανάπτυξη των εκφορητικών πόρων συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ήβη, με νέες διακλαδώσεις και ανάπτυξη τελικά, στα ακραία τμήματα, παχύνσεων οι οποίες είναι οι καταβολές των αδενοκυψέλων.

Στην εγκυμοσύνη, οι ορμόνες που εκκρίνονται προκαλούν παραπέρα αύξηση του όγκου του μαστού, με υπερτροφία και διαφοροποίηση της δομής των πόρων και των αδενοκυψέλων. Όταν συμπληρωθεί η διαφοροποίηση και η ανάπτυξη, ο μαστός είναι έτοιμος να παράγει γάλα. **(Κόνιαρη, 1998).**

Οι διαταραχές της διάπλασης του μαστού είναι συχνές. Στις πιο συνηθισμένες ανήκουν η αμαστία, δηλαδή η έλλειψη του ενός ή και των δυο μαστών, η μικρομαστία, με παραμονή των μαστών σε παιδική κατάσταση, η μικρομαστία, με υπερμεγέθη ανάπτυξη αυτών, ενώ στους άνδρες η μεγάλη ανάπτυξη των μαστών ονομάζεται γυναικομαστία. Η αύξηση του αριθμού των μαστών, η υπερμαστία, είναι σπάνια. Συχνότερη

είναι η υπερθηλία, δηλαδή η ύπαρξη υπεράριθμων θηλών, συνήθως στη θέση της μαστικής ακρολοφίας. (Πινακίδης- Μπουτης, 1993).

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλαία γραμμή και από δεύτερη ή τρίτη μέχρι την έκτη ή έβδομη πλευρά. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Το κεφαλουραίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 3–5 εκατοστά. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150–200 γραμμάρια, αλλά στη γαλουχία μπορεί να φτάσει τα 400–500 γραμμάρια.

Κάθε μαστός αποτελείται από 15–20 λοβούς, οι οποίοι διαχωρίζονται με ινώδεις δεσμίδες, τους λεγόμενους συνδέσμους του Cooper. Κάθε λοβός καταλήγει σε εκφορητικό πόρο, τον γαλακτοφόρο, που εκβάλλει ανεξάρτητα ο καθένας στο δέρμα της θηλής, αφού προηγουμένως σχηματίσει μια ατρακτοειδή διεύρυνση κάτω από τη θηλή, που χρησιμεύει για προσωρινή συλλογή της εκκρίσεως. Συχνά ο μαστός σχηματίζει προβολή προς τη μασχάλη, την ουρά του μαζικού αδένου, που είναι γνωστή ως ουρά του Spence ή Spencer, η οποία πολλές φορές είναι ορατή και ψηλαφητή στο γυναικείο σώμα.

Στην κεντρική περιοχή του μαστού και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος προβάλλει ένα μικρό κυλινδρικό ή κωνικό έπαρμα, η θηλή του, η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, μια στεφάνη κεχωρισμένη, με διάμετρο περίπου 3–5 εκατοστά. Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος. Έτσι, είναι ρόδινο στα ξανθά άτομα και πιο σκούρο στα μελαχρινά. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπους, τριχών και σμηγματογόνων αδένων. Οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της θηλαίας άλω με μορφή υποστρόγγυλων πολλαπλών επαρμάτων, τα λεγόμενα οζίδια του Montgomery. Η κορυφή της θηλής είναι διάτρητη από 15–20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένου. Τέλος, η επιφάνεια της είναι ανόμοια και αρυτίδωτη.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα έσω από δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδένια. Το δέρμα είναι λεπτό και μαλακό προς την περιφερική ζώνη και διαθέτει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες , εκτός από το δέρμα των θηλών. Το περιμαστικό λίπος είναι λιπώδεις ιστός που περιβάλλει το μαζικό αδένια. Αυτός αποτελεί σύνθετο σωνηνοκυψελοειδή αδένια και συνιστάται από 15–20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια, ενώ διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διάφορου μεγέθους λόβια. Έτσι, κάθε λοβός αποτελείται από ένα μείζονα εκφορητικό πόρο, το γαλακτοφόρο, ο οποίος εκβάλλει στη θηλή και από διάφορου αριθμού λόβια, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από βασική μεμβράνη, λεπτή στιβάδα μυοεπιθηλιακών κυττάρων και μια στοιβάδα κυλινδρικών αδενικών κυττάρων και είναι ελάχιστες κατά την περίοδο ηρεμίας του μαστού, ενώ αυξάνονται σε μέγεθος και αριθμό κατά την κύηση. **(Πινακίδης – Μπούτης, 1993).**

Ο μαστός έχει άμεση σχέση με τη μασχαλιαία κοιλότητα, καθώς συνορεύει με αυτήν, και επηρεάζεται από τη δική της αναδρομική δομή και φυσιολογία. Η μασχαλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με τέσσερα τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το πρόσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγυλό και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Το έσω τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό και το έξω τοίχωμα διαμορφώνεται από το βραχιόνιο οστό, από τον κορακοβραχιόνιο μυ και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιονίου μυός. Η κορυφή της μασχαλιαίας κοιλότητας φέρεται προς τα άνω και έσω και δέρμα και τη μασχαλιαία περιτονία. Η τελευταία διαδράμει τη μασχάλη προς το εγγύς αντιβράχιο, αποτελούμενη από ανώμαλα διατεταγμένο παχύ συνδετικό ιστό, ανάμεσα στον οποίο παρεμβάλλονται ζώνες χαλαρού ιστού, λίπος λεμφικά αγγεία και λεμφαδένες, τα οποία αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής.

Οι μύες του μαστού συγκρατούνται από τις περιτονίες, οι οποίες διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την περιοχή που

περικλείουν. Η πρώτη κατηγορία αφορά την υποδόρια περιτονία είναι διπέταλη και περιβάλλει το μαζικό αδένια σαν έλυτρο. Προς τα άνω συνεχίζεται με την υποδόρια περιτονία του τραχήλου και των άνω άκρων, ενώ προς τα κάτω με την ομώνυμη περιτονία της κοιλίας και πίσω με την ράχη. Η δεύτερη κατηγορία εσωκλείει την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός, είναι διπέταλη και περιβάλλει το μείζονα θωρακικό μυ. Τέλος, η Τρίτη κατηγορία περιβάλλει την περιτονία του ελάσσονα θωρακικού μυός, που προς τα άνω αποτελείται από παχύ ινώδες πέταλο, την κλειδοθωρακική περιτονία, και προς τα κάτω τα δύο πέταλά της ενώνονται και προσφύονται στη μασχαλιαία περιτονία και το δέρμα της μασχάλης. **(Πινακίδης – Μπούτης, 1993).**

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού, όπως κατά διαστήματα έχουν αναφερθεί, είναι ο μείζον θωρακικός μυς, ο έλασσον θωρακικός μυς, ο πρόσθιος οδοντωτός μυς, ο κορακοβραχιόνιος μυς και ο έξω λοξός κοιλιακός μυς. Οι μύες αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εγχειρητική του μαστού.

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται από αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα. Οι κύριες αρτηρίες που αιματώνουν το μαστό είναι οι διαπιτραίνονται κλάδοι της έσω μαστικής, που συμβάλουν στο 50% της συνολικής αιμάτωσης, η πλάγια και η ανώτερη θωρακική αρτηρία, η οποία εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία. Για τον καρκίνο του μαστού, ιδιαίτερη σημασία έχει η τελευταία αρτηρία, γιατί στην πορεία της συνοδεύεται από ομάδα λεμφαδένων που παίρνουν μέρος στις μεταστάσεις, και οι κλάδοι της προκαλούν μεγάλη αιμορραγία όταν γίνεται ριζική μαστεκτομή. **(Παπανικολάου, 1994).**

Ο μαζικός αδένιας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών, των επιπολής υποδορίων φλεβών, καταλήγει στην άνω έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαζικού αδένια ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός παροχέτευσης είναι η δια των προσθίων διαπιτρώντων μεσοπλεύριων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μία άλλη οδός είναι αυτή που με πολλαπλούς μικρούς

κλάδους καταλήγει στη μασχαλιαία φλέβα, ενώ η Τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλευρίες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Το γεγονός αυτό θεωρείται ότι αποτελεί την ερμηνεία της εμφανίσεως μεταστάσεων στα σώματα των σπονδύλων ή και στα λαγόνια. (www.medlook.gr).

Κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών του μαστού πορεύεται ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα, το οποίο παροχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις, προς τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η εξωτερική λεμφική οδός απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού προς τη μασχάλη, και η εσωτερική οδός αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν των βάθει και έσω τμήμα του μαστού προς τα έσω μαστικά γάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53 λεμφογάγγλια στη μασχαλιαία κοιλότητα, τα οποία διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά. Αυτά τα λεμφογάγγλια διαιρούνται για πρακτικούς λόγους σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνεται ο ιστός κάτω και πλάγια του κάτω χείλους του ελάσσονα μυ, στο δεύτερο επίπεδο ο ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ και στο τρίτο επίπεδο, ο ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Αξιοσημείωτο είναι, πως η πρόγνωση στο καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατειλημμένων λεμφογαγγλίων.

Η νεύρωση του μαστού πραγματοποιείται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο και το μακρύ θωρακικό, καθώς επίσης και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Μάλιστα, οι αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το μεσοπλευρίο νεύρο και αναστομώνονται με την αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα, ώστε ο πόνος από της παθήσεις του μαστού να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τη μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωρακίου. Όγκοι που πιθανόν εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα, το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου, είναι ανώδυνοι. (Παπανικολάου, 1994).

Έμμηνος ρύση και μαστός

Αρχίζοντας από την όγδοη ημέρα του καταμήνιου κύκλου , ο γυναικείος μαστός αυξάνει βαθμιαία σε μέγεθος , ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50% , με αποτέλεσμα να εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού οφείλεται σε οίδημα μεταξύ των λοβίων , αγγειακή συμφόρηση και αύξηση του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με τη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός επανέρχεται στο μικρότερο μέγεθός του κατά την όγδοη με δέκατη ημέρα του κύκλου, χρονική περίοδος άριστη για την εξέταση του μαστού.

Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό . Μερικές φορές όμως, μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα την ασυμμετρία . Η διαφορά αυτή στο μέγεθος των μαστών συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναμονή αυτών των ασθενών μέχρι το πέρας της εφηβείας (www.medlook.gr).

Κύηση – Γαλουχία και μαστός

Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Ταυτόχρονα με την κύηση αρχίζει η αύξηση του μεγέθους των μαστών, που μπορεί να φθάσει στο διπλάσιο ή τριπλάσιο από του φυσιολογικού. Η θηλή και η θηλαία άλωσ στην εγκυμοσύνη παρουσιάζουν υπέρχρωση, ενώ σχηματίζεται και η δευτερεύουσα άλωσ, που αποτελεί δακτύλιο, ο οποίος περιβάλλει την άλω και έχει χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της και εκείνου της επιδερμίδας .

Κατά τη γαλουχία τα κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωτερικών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου

μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους, για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους .

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμονών , όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δε φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού . Αντίθετα , η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελικά διαφοροποίηση τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Η τελευταία, της οποίας η δράση ενισχύεται από την κορτιζόνη, θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος .

Μετά τη διακοπή της γαλουχίας , ο μαστός επανέρχεται στην αρχική κατάσταση ηρεμίας με ανάπτυξη ινώδους ιστού μεταξύ των λοβίων και απώλεια της ελαστικότητας του υπάρχοντος συνδετικού ιστού (www.medlook.gr).

Εμμηνόπαυση και μαστός

Μετά την εμμηνόπαυση ο μαζικός αδένας προοδευτικά ατροφεί . Τα αδενικά λοβία εμφανίζονται και παραμένουν μόνο ελάχιστα , ατροφικά , καθώς και οι μεγαλύτεροι από τους εκφορητικούς πόρους. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί , ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται , με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό του περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες , όμως , οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου (**Πινακίδης – Μπούτης , 1993**).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παθολογική ανατομία

Στους ζωντανούς οργανισμούς συμβαίνουν συχνά καθημερινά βιολογικά φαινόμενα, τα οποία έχουν συμβάλλει και συνεχίζουν να συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτών. Ανάμεσα σε αυτά τα φαινόμενα εντάσσεται και ο καρκίνος. Είναι αποδεκτό πως η ζωή δεν είναι στατικό φαινόμενο, αλλά εξελίσσεται διαρκώς, και σε αυτήν την εξέλιξη μετέχουν όλοι οι οργανισμοί, από τους απλούστερους μονοκύτταρους μέχρι τον άνθρωπο. Άλλωστε, η εξέλιξη είναι μια διαδικασία που έχει επιτρέψει στους οργανισμούς να φθάσουν σε τέτοιο σημείο ισορροπίας με το περιβάλλον τους, και συνεπώς, να μπορούν να επιβιώνουν μέσα σε αυτό. Η πρώτη ύλη της εξέλιξης είναι οι μεταλλάξεις, οι οποίες άλλοτε είναι ωφέλιμες και άλλοτε βλαβερές για τους φορείς τους, επειδή συμπεριφέρονται ουδέτερα συμβαίνουν απλά και τυχαία και δημιουργούν προϋποθέσεις για επιβίωση ή εξαφάνιση, καθώς δεν έχουν συγκεκριμένους στόχους.

Μέσα στα πλαίσια της εξέλιξης, τα περισσότερα κύτταρα των ζωντανών οργανισμών διαφοροποιούνται και αναπροσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες. Αυτό σημαίνει ότι έχουν μία συγκεκριμένη μορφολογία και λειτουργία, και έτσι εντάσσονται στο σύνολο του οργανισμού. Μία από τις χαρακτηριστικές ιδιότητες των διαφοροποιημένων κυττάρων είναι ότι έχουν χάσει την ικανότητα πολλαπλασιασμού, έτσι ώστε η αντικατάσταση των γηρασμένων κυττάρων να γίνεται με πολλαπλασιασμό των μη διαφοροποιημένων προγονικών τους κυττάρων, των αρχέγονων (stem cells). Αυτά τα αρχέγονα κύτταρα, δεν είναι τυχαίο, πως αποτελούν την αφετηρία για τους περισσότερους καρκίνους.

Σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι ο κάθε καρκίνος εξελίσσεται και αναπτύσσεται από ένα και μοναδικό κύτταρο. Πρόκειται για την

επονομαζόμενη «μονοκλωνική» θεωρία του καρκίνου. Σύμφωνα με αυτή ο καρκίνος ξεκινά από την κακοήθη εξαλλαγή ενός κυτάρου , που πολλαπλασιαζόμενο δίνει έναν κακοήθη κυτταρικό κλώνο. Τα κύτταρα του κλώνου μπορεί να εμφανίζουν τις ίδιες βιολογικές ιδιότητες με το μητρικό τους ,αλλά μπορεί και να αποκτούν νέες ιδιότητες, δηλαδή να παρουσιάζουν «ετερογένεια». Η ετερογένεια είναι υπεύθυνη για τη γενετικά αστάθεια του καρκινικού κυτάρου, με αποτέλεσμα αυτό να γίνεται πολύ συχνά στόχος νέων μεταλλάξεων και διαφοροποιήσεων. Ωστόσο, διατηρεί αρκετά από τα αρχικά χαρακτηριστικά του, ώστε να είναι δυνατή η αναγνώριση της ιστικής του προέλευσης .

Μία άλλη, και ίσως η πιο σημαντική ιδιότητα του μεταλλαγμένου κυτάρου, είναι η ικανότητά του να κάνει μεταστάσεις, κάτι που δε συμβαίνει με το φυσιολογικό . Η ικανότητα του αυτή οφείλεται σε ατυπίες των δομικών μορίων του κυτταροσκελετού, καθώς επίσης και των ειδικών πρωτεϊνών της κυτταρικής επιφάνειας, όπως οι φιμπρονεκτίνες, μέσω των οποίων τα κύτταρα συνδέονται στερεά με τα γειτονικά τους και με το υπόστρωμα. Σε αυτές ακριβώς τις ατυπίες οφείλεται ένα ακόμη χαρακτηριστικό γνώρισμα των καρκινικών κυττάρων, η απουσία της ιδιότητας της αναστολής εξ επαφής, που ευνοεί τη μετανάστευση αυτών.

Η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ του φαινότυπου και του γονότυπου, που προκαλεί τη μετάλλαξη του φυσιολογικού κυτάρου σε καρκινικό, προσδίδει σε αυτό αρκετά διαφορετική βιοχημική προσωπικότητα (profile) .Αυτή εκδηλώνεται με τη βιοσύνθεση δομικών (κυτταροσκελετός) και λειτουργικών (ένζυμα) πρωτεϊνών, διαφορετικών στην πρωτοπαγή τους δομή από τις αντίστοιχες του φυσιολογικού κυτάρου .

Επίσης, η κλινική εμπειρία από τον αγώνα εναντίον του καρκίνου αλλά και πειραματικά δεδομένα από καλλιέργειες σειρών καρκινικών κυττάρων, δείχνουν ότι το καρκινικό κύτταρο λόγω της γενετικής του αστάθειας αποκτά όλο και αυξανόμενη ανθεκτικότητα απέναντι στα αντικαρκινικά φάρμακα. Παρόμοια συμπεριφορά, άλλωστε, αναπτύσσουν τα μικρόβια στα αντιβιοτικά φάρμακα, αυξάνοντας την ανθεκτικότητά τους. Παρόλο που τα δύο αυτά φαινόμενα δεν είναι όμοια, εντούτοις καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα : δυσχεραίνουν την

αντιμετώπιση της νόσου με φαρμακευτικά μέσα. (Κώτσης 3^ο Συνέδριο Χ . Ε . Β . Ε . , 1997) .

Παθολογοανατομική ταξινόμηση

Η ιστολογική ταξινόμηση των νεοπλασμάτων έχει την έννοια της προσπάθειας αναγνώρισης διαφόρων ιστολογικών τύπων , που ενδεχόμενα συνοδεύονται από διαφορετική βιολογική συμπεριφορά . Για τα νεοπλάσματα του μαστού από παλιά έχει τονισθεί η προγνωστική σημασία των μορφολογικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών τους , τα οποία διαρκώς συμπληρώνονται με νέα στοιχεία που προκύπτουν από κλινικοπαθολογικές και αναδρομικές μελέτες .

Μία κλασσική κατάταξη των Stewart και Foote , η οποία είναι απλή , ακριβής και γενικά αποδεκτή , διακρίνει τα κακοήθη νεοπλάσματα σε :

1. Καρκινώματα από τη θηλή , στα οποία ανήκει η νόσος του Paget .

Η νόσος του Paget έχει σχετικά σπάνια εντόπιση (1 -3 % των καρκινωμάτων του μαστού) και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων της θηλής με τη μορφή διαβρώσεως ή εξελκώσεως, που δίνει την εντύπωση δερματίτιδας. Πρόκειται για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων της θηλής που επεκτείνεται προς το δέρμα, αλλά και τους υποκείμενους ιστούς. Η εξέλιξη αυτής της νόσου είναι βραδεία, και επειδή εκδηλώνει πρώιμα σημεία, η πρόγνωση της είναι ευνοϊκότερη από τις άλλες μορφές καρκίνου του μαστού.

2 . Καρκινώματα από τους εκφορητικούς πόρους , τα οποία διακρίνονται σε μη διηθητικά και διηθητικά καρκινώματα .

Μη διηθητικά καρκινώματα είναι το θηλώδες και το φαγεσωρικό (comedo) . Πρόκειται για καρκινώματα in situ , τα οποία αποτελούν μόνο το 1% του συνόλου. Ο θηλώδης τύπος χαρακτηρίζεται από κύτταρα μέσου μεγέθους, στρογγυλά ή ωοειδή με σχετικά άφθονο, εωσινόφιλο πρωτόπλασμα, που σχηματίζουν θηλώδεις προσεκβολές μέσα στους αυλούς των πόρων . Η πρόγνωσή του είναι πολύ καλή, καθώς εξασφαλίζεται περίπου 100% πενταετής επιβίωση του ασθενή. Ο φαγεσωρικός τύπος χαρακτηρίζεται από εντονότερη κυτταρική

υπερπλασία , ώστε ολόκληροι πόροι είναι πλήρεις από μάζες κυττάρων, με τη διαφορά ότι στο κέντρο του πόρου υπάρχει νέκρωση των νεοπλασματικών κυττάρων . Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του τύπου αποτελεί η έξοδος μάζας νεκρωμένου ιστού κατά τη διατομή του νεοπλασματικού ιστού .

Στα διηθητικά καρκινώματα κατατάσσονται το θηλώδες, το φαγεσωρικό, το αδеноκαρκίνωμα με ίνωση, το μυελοειδές με λεμφοκυτταρική διήθηση και το κολλοειδές .

Το διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα αποτελεί εξέλιξη μη διηθητικού καρκινώματος και χαρακτηρίζεται από τη βραδεία ανάπτυξη ογκώδους μάζας, η οποία παρά το μέγεθος της αργεί να εμφανίσει μεταστάσεις. Κατά την ψηλάφηση εμφανίζεται μαλθακή περιγεγραμμένη μάζα, η οποία άσχετα από το μέγεθός της δεν διηθεί το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς. Η πρόγνωση της αμιγούς μορφής του καρκινώματος αυτού είναι καλή .

Το διηθητικό φαγεσωρικό καρκίνωμα είναι πιο συχνό από το μη διηθητικό και η διάκρισή του από το απλό αδеноκαρκίνωμα γίνεται με τη διαπίστωση ενδοαυλικής αναπτύξεως .

Το αδеноκαρκίνωμα με ίνωση αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού με ποσοστό 75 -78 % . Πρόκειται για έντονα διηθητικό νεόπλασμα , που επεκτείνεται στο δέρμα και του υποκείμενους ιστούς και συνοδεύεται από ταχεία εμφάνιση μεταστάσεων στους λεμφαδένες . Ψηλαφητικά εμφανίζεται ως σκληρή μάζα με ασαφή όρια , ενώ κατά τη διατομή παρουσιάζει αντίσταση και χαρακτηριστικό ήχο λόγω της σκληρίας. Η σταδιοποίησή του εξαρτάται από τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τη διήθηση ή μη των αγγείων .

Το μυελοειδές καρκίνωμα εκδηλώνει ευμεγέθεις όγκους με μαλθακή σχετικά σύσταση, οι οποίοι παρουσιάζουν βραδύτερα μεταστάσεις και έχουν καλύτερη πρόγνωση με ποσοστό πενταετής επιβίωσης 85 – 90 % . Παρά το μέγεθός τους, οι όγκοι διηθούν το δέρμα και τους μύς , ενώ συχνά παρουσιάζουν αιμορραγίες και νεκρώσεις στο κέντρο , με ταυτόχρονο σχηματισμό κύστεων .

Ιστολογικά , το μυελοειδές καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από κύτταρα που αναστομώνονται μεταξύ τους με μεγάλους πυρήνες και έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση του υποστρώματος .

Τέλος, το κολλοειδές ή βλενώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη παραγωγή βλέννης . Κλινικά εμφανίζεται ως ογκώδης , μαλακή και με σαφή όρια μάζα , ενώ η παραγωγή βλέννης από τα κύτταρα είναι τόσο έντονη, ώστε το νεόπλασμα ν' αποτελείται από μικρές ομάδες κυττάρων μέσα σε άφθονη βλέννη . Η πρόγνωση αυτού του τύπου καρκινώματος είναι ευνοϊκή , ιδιαίτερα στις αμιγείς μορφές με άφθονη βλέννη. Μάλιστα ,έχει αποδειχθεί ότι όσο περισσότερη βλέννη περιέχει ένα βλενώδες καρκίνωμα του μαστού τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση του .

3. Καρκινώματα από τα αδενικά λοβία , που αποτελείται από τα διηθητικά και μη διηθητικά καρκινώματα .

Το διηθητικό καρκίνωμα των αδενικών λοβίων δε διαφέρει κλινικά από το αδενοκαρκίνωμα με ίνωση . Ιστολογικά δε μπορεί να εντοπισθεί , παρά μόνο αν βρεθούν εστίες μη διηθητικού νεοπλασματος .

Το μη διηθητικό καρκίνωμα αποτελεί μία κλινική οντότητα που αναγνωρίσθηκε και μελετήθηκε τα τελευταία πενήντα χρόνια . Η ακριβής συχνότητα του δε μπορεί να καθορισθεί, επειδή δε δίνει κλινικά ευρήματα και η ανεύρεση του είναι τυχαία . Παρουσιάζεται σε μικρότερη ηλικία από το καρκίνωμα και, κατά κανόνα, σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οπωσδήποτε όμως, αποτελεί μία προκαρκινωματώδη κατάσταση , γιατί μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό αδενοκαρκίνωμα .

Αυτού του είδους το καρκίνωμα είναι κατά 90 % πολυεστιακό και κατά 25 – 69 % αμφοτερόπλευρο, ενώ η ανάπτυξη του θεωρείται ορμονοεξαρτώμενη. Η εξέλιξη αυτού του καρκινώματος χρήζει στενής κλινικής και μαστογραφικής παρακολούθησης της ασθενούς, καθώς η θεραπεία λόγω των πολλαπλών εστιών δεν είναι ικανοποιητική και επιτυχής .

4. Σπάνια καρκινώματα , όπως των ιδρωτοποιών αδένων και επιδερμοειδή .

Τα καρκινώματα που προέρχονται από ιδρωτοποιούς αδένες βρίσκονται στο φυσιολογικό μαστό και αναστομώνονται με μικρούς

εκφορητικούς πόρους, καθώς και τα επιδερμοειδή καρκινώματα που προέρχονται από μεταπλασία του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων σε πλακώδες επιθήλιο .

5. Καρκινοσάρκωμα του μαστού .

Αποτελεί πολύ σπάνιο τύπο νεοπλασματος και εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του φυλλοειδούς κυστεωσαρκώματος . Μικροσκοπικά , η σύνθεση του χαρακτηρίζεται από τη συνδυασμένη παρουσία επιθηλιακών και μεσεγχυματικών νεοπλασματικών στοιχείων . Τα καρκινώματα αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν κακοήθη εξαλλαγή σε ποσοστό 10 % και συνήθως μεθίστανται στους πνεύμονες , τα οστά και τους υποδόριους ιστούς (**Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών,1998**).

Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού

Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού μπορεί να ακολουθήσει δύο οδούς , την κλιμακωτή ή την ευθεία οδό . Στην πρώτη , ο σχηματισμένος αρχικός όγκος αποκτά ενδομαστική λεμφικά διασπορά , που μπορεί να συνοδεύεται με μετάσταση στα επιχώρια λεμφογάγγλια και στους γύρω ιστούς , καταλήγοντας στην επέκταση του καρκίνου , και τελικά , στον θάνατο . Στη δεύτερη οδό , ο νεοσύστατος όγκος είναι δυνατό να παρακάμψει όλη την προηγούμενη διαδρομή και να επέλθει άμεσα η διασπορά του όγκου με τελική απόληξη το θάνατο . Η μεταστατική διασπορά δεν είναι αναγκαστικά ένα όψιμο χρονικά στάδιο ανάπτυξης του όγκου αλλά μπορεί να συμβεί και πρώιμα . Εξάλλου , η προσβολή των επιχώριων 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 εάν έχουν γίνει ή όχι μικρομεταστάσεις .

Χαρακτηριστική στην εξέλιξη του καρκίνου στο μαστό είναι η τοπική επέκταση του . Δεδομένου ότι από τα τεταρτημόρια του μαστού, το άνω έξω (τεταρτημόριο) έχει τη μεγαλύτερη μάζα αδενικών μαστικών στοιχείων , σε αυτό εντοπίζεται συχνότερα η πρώτη εστία του καρκίνου του μαστού . Η ενδομαστική επέκταση του καρκίνου πραγματοποιείται με άμεση διήθηση του μαστικού παρεγχύματος , με διήθηση κατά μήκος

των πόρων και με ενδομαστική λεμφική διασπορά . Έπειτα , η επέκταση συνεχίζεται προς τα έξω μέχρι το δέρμα και προς τα έσω μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός .

Η διασπορά του καρκίνου του μαστού προσβάλλει και το σύστημα της λέμφου , συμβάλλοντας έτσι στη λεμφογενή μετάδοση του. Από τα επιχώρια λεμφογάγγλια γύρω από το μαστό , τα πιο συχνά προσβαλλόμενα είναι τα λεμφογάγγλια της σύστοιχης μασχάλης . Η μεγαλύτερη ποσότητα της λέμφου του μαστού παροχετεύεται προς τα λεμφογάγγλια της μασχάλης , και για το λόγο αυτό , είναι πιο συχνές οι λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις (Πινακίδης – Μπούτης , 1993).

Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση

Οστά

Οι κλινικές εκδηλώσεις των οστικών μεταστάσεων είναι οι οστικοί πόνοι, πρόκληση παθολογικών καταγμάτων, δυσκολία στη βάδιση και μείωση της κινητικότητας.

Ο νοσηλευτής :

- Προσπαθεί να ανακουφίσει την ασθενή χορηγώντας αναλγητικά ,ναρκωτικά και ηρεμιστικά φάρμακα .
- Συμβουλεύει την πάσχουσα να αποφεύγει τις απότομες και άσκοπες κινήσεις, να μην μετακινεί βάρη με σκοπό την πρόληψη των καταγμάτων .

Ακινητοποίηση του κατάγματος με βοηθητικά μέσα αν συμβεί
Αυτού του είδους οι μεταστάσεις εμφανίζονται στο 70%των περιπτώσεων .

Ήπαρ

Τα κλινικά σημεία των μεταστάσεων στο ήπαρ μπορεί να είναι ο ασκίτης, δυσφορία ,δύσπνοια, ναυτία, εμετοί, κοιλιακοί πόνοι , ανορεξία και απώλεια βάρους .

Ο νοσηλευτής :

- Μαζί με τον γιατρό συμμετάσχει στη διενέργεια παρακέντησης κοιλίας.
- Φροντίζει την διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας .
- Μειώνει την κατακράτηση υγρών με τη χορήγηση διουρητικών ,κατόπιν ιατρικής οδηγίας .
- Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα .Σε περίπτωση αδυναμίας σίτισης παρέχει τεχνητή διατροφή από το στόμα μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρη παρεντερική διατροφή .

Μεταστάσεις στο ήπαρ εμφανίζονται στο 65% των περιπτώσεων .

Πνεύμονες

Οι μεταστάσεις επί των πνευμόνων προκαλούν πόνο, δυσφορία και δύσπνοια. Ο νοσηλευτής :

- Σε συνεργασία με τον γιατρό ,προβαίνουν σε παρακέντηση θώρακος με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων .
- Υποστήριξη της αναπνοής με την χορήγηση οξυγόνου .

Οι μεταστάσεις στους πνεύμονες εμφανίζονται με συχνότητα 40%

Εγκέφαλος

Η σύγχυση , η διαταραχή της ισορροπίας του σώματος , οι σπασμοί , η παράλυση και οι διαταραχές της όρασης είναι εκδηλώσεις των μεταστάσεων στον εγκέφαλο .

Ο νοσηλευτής :

- Εξασφαλίζει την καλή θρεπτική κατάσταση της ασθενούς
- Παρακολουθεί και διατηρεί το ισοζύγιο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.
- Κατά την διάρκεια των σπασμών προλαμβάνει την πρόκληση βλάβης ή τραυματισμού .
- Διαμορφώνει για την πάσχουσα ένα άνετο ,ακίνδυνο και υγιεινό περιβάλλον .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη παρά τις τεράστιες έρευνες της Ογκολογικής Ιατρικής που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα , καθώς έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου . Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, όχι τη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού , αλλά τη διάγνυσή του σε αρχικό στάδιο .

Οι παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού για πρακτικούς λόγους διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες :

- Ιογενείς παράγοντες
- Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
- Ορμονικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της γυναικάς
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Παθολογοανατομικοί παράγοντες (ινοκυστική μαστοπάθεια)
- Φαρμακευτικοί παράγοντες

1 . Ιογενείς παράγοντες

Από τα δεδομένα της συγκριτικής ανοσολογίας και πιο συγκεκριμένα από τη μελέτη του καρκίνου του μαστού των ποντικών , που οφείλεται σε τουλάχιστον τρεις διαφορετικούς ιούς , διαπιστώθηκε ως πολύ πιθανή η ιογενής προέλευση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα . Ειδικότερα, τελευταίες έρευνες προκαλούν υπόνοιες για την

ύπαρξη κάποιου ιού που βρίσκεται στον οργανισμό σε λανθάνουσα κατάσταση, ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών , γενετικών και ορμονικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό.

2 . Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού έχει ποικιλόμορφη κατανομή στον πληθυσμό, καθώς επηρεάζεται από τρεις παραμέτρους που αφορούν την ιδιοσύσταση του ατόμου : *το φύλο , τη γεωγραφική κατανομή και την ηλικία .*

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες , αφού στους (100) εκατό καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά τον άνδρα . Έχει αποδειχθεί ότι η εκδήλωση αυτής της κακοήθειας στους άνδρες σχετίζεται με την προϋπόθεση ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού γυναικομαστίας ή συνδρόμου Klinefelter(XXY).

Ακόμη, πρόσφατες στατιστικές μελέτες ενοχοποιούν ως αιτιολογικό παράγοντα πρόκλησης νεοπλασμάτων στο μαστό , τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού. Είναι γενικά παραδεκτό πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική , στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα απ' ότι στην Ασία και στην Αφρική . Με μέση συχνότητα εμφανίζεται στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη, ενώ στην Ολλανδία εκδηλώνεται στη μεγαλύτερη συχνότητα απ' όλα τα άλλα κράτη . Επίσης διαπιστώθηκε πως ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες, και πως ,όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική , στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά .

Η παράμετρος «ηλικία» είναι καταλυτική για τη διασπορά του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, επειδή αυτός αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών ηλικίας μεταξύ 35 μέχρι και 55 ετών . Η εμφάνισή του πριν από την ήβη είναι σπάνια, ενώ παρουσιάζονται μεγάλα ποσοστά συχνότητας μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης , για να περιορισθούν μετά από αυτή . Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δε

φθάνει το 1% και στο 85% των περιπτώσεων , η μέση ηλικία είναι 40 ετών .

3 . Ορμονικοί παράγοντες

Οι διακυμάνσεις των ορμονών στον οργανισμό της γυναίκας επηρεάζουν τη φυσιολογία του μαστού ,επειδή ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο και ειδικά από τα οιστρογόνα . Η λήψη οιστρογόνων ορμονών σε οποιαδήποτε φαρμακευτική μορφή για την αντιμετώπιση ενδοκρινικών διαταραχών ενοχοποιείται για την πρόκληση καρκίνου του μαστού σε αυτές τις γυναίκες. Από τα οιστρογόνα, η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι ασκεί προστατευτική δράση στη γέννηση του καρκίνου , ενώ η αυξημένη έκκριση οιστρονής και οιστραδιόλης εμφανίζει καρκινογόνο δράση . Επίσης , η αύξηση των αννωρρηκτικών κύκλων στην αναπαραγωγική περίοδο της γυναίκας συνεπάγεται μείωση της προστασίας στον καρκίνο, λόγω μειωμένης παραγωγής οιστριόλης και προγεστερόνης, και αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών .

4. Γενετικοί παράγοντες .

Από τον προηγούμενο ήδη αιώνα, διάφοροι ερευνητές παρατήρησαν ένα είδος κληρονομικότητας του καρκίνου του μαστού . Μία εμπειριστατωμένη μελέτη απέδειξε ότι οι γυναίκες , των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο στο μαστό , έχουν διπλάσιες ή και τριπλάσιες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με το γενετικό πληθυσμό . Επίσης , έχει διαπιστωθεί υπέρμετρη αύξηση της συχνότητας προσβολής σε θυγατέρες ή αδελφές γυναικών που είχαν προσβληθεί από τη νόσο σε νεαρή , δηλαδή προεμμηνοπαυσιακή , ηλικία με ποσοστό προσβολής από 20 – 50 % . Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει ακόμη περισσότερο, όταν ο καρκίνος που μεταβιβάζεται κληρονομικά είναι αμφοτερόπλευρος ή έχει παρουσιασθεί σε δύο ή περισσότερες συγγενείς πρώτου βαθμού . Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κληρονομικής προδιάθεσης του καρκίνου του μαστού αποτελεί η εμφάνιση της κακοήθειας σε δίδυμες αδελφές , στην ίδια ηλικία , στον ίδιο μαστό και ίδιο τεταρτημόριο . **(Καρβέλας , 1995).**

5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της γυναίκας

Η καρκινογένεση στο γυναικείο μαζικό αδένα συνδέεται άμεσα με την αναπαραγωγική ηλικία , δηλαδή με την ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης της γυναίκας . Η πρόωμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού , γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι , και επομένως , λιγότερη έκκριση προγεστερόνης που προστατεύει το μαστό.

Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες , που πάσχουν από στειρώση , λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών . Στατιστικά , οι γυναίκες που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια , έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού από αυτές , που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια . Γι' αυτό η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση στις άτεκνες και πάσχουσες από πολυκυστικές ωοθήκες γυναίκες , καθώς και εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας , κρίθηκαν δικαιολογημένα παράγοντες προστασίας από τον καρκίνο του μαστού .

Ακόμη , διαπιστώθηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας που θα τεκνοποιήσει για πρώτη φορά και στην κακοήθη νεοπλασία του μαστού . Αν λοιπόν , μία γυναίκα 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 , όπου οι πιθανότητες καρκινογένεσης τριπλασιάζονται. Αυτή η προστασία διαρκεί για 15 χρόνια , και έτσι, η εμφάνιση του καρκίνου αναμένεται να εκδηλωθεί μετά την ηλικία των 40 ετών .

Επίσης , συγκριτικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι άτεκνες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού , αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 τους χρόνια .

Αξιοσημείωτη είναι και η σύνδεση της ανάπτυξης καρκίνου με το φύλο του πρώτου εμβρύου . Ειδικότερα , όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό

της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης .

Τέλος, οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνό της διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, ενώ αντίθετα θεωρείται πως η διάθεση για θηλασμό λειτουργεί προστατευτικά στη μητέρα – γυναίκα (**Μπούτης, 1999**).

6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος οπωσδήποτε αφορά και τον άνθρωπο, ο οποίος είναι ένας ζωντανός οργανισμός που βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με τους συνανθρώπους του, τη φύση και το δημιουργημένο από αυτόν τεχνικό περιβάλλον .

Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί επιστημονικά πως καρκινογόνο δράση διαθέτει η ακτινοβολία, η οποία παράγεται προκειμένου να επιτευχθούν ειδικές απεικονιστικές δοκιμασίες , όπως η ακτινογραφία , η μαστογραφία, η αξονική τομογραφία και άλλες, και απελευθερώνεται με τη χρήση πυρηνικών εξοπλισμών όπως η ατομική βόμβα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της τελευταίας αποτελεί η απάνθρωπη αναφορά στην χρησιμοποιημένη ατομική βόμβα στην Χιροσίμα και το Ναγκασάκι, σύμφωνα με την οποία αναφέρεται πως οι γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν εκεί αυξήθηκε ραγδαία η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού . Και αυτό, γιατί ο μαστός θεωρείται σαν ένας από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς του ανθρώπινου σώματος .Βέβαια , η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας , και είναι ελάχιστη ,όταν η χορηγούμενη δόση είναι 10 rads και μέγιστη , όταν οι δόσεις ξεπερνούν τα 100 rads , και ειδικά , στην ηλικία των 40 μέχρι 49 ετών .

7. Διαιτητικοί παράγοντες

Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες .

Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποτεθεί τα τελευταία χρόνια . Στο τέλος της δεκαετίας του '60 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν πολλά λίπη και έλαια

είχαν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν . Μία επεξήγηση αυτού του γεγονότος αποτελεί ότι η αύξηση των λιπών και των ζωικών πρωτεϊνών στην τροφή πιθανόν να έχει επίδραση στον ενδοκρινικό μεταβολισμό , και έτσι , να επέρχεται γρήγορη ανάπτυξη της γυναίκας και ως επακόλουθο, πρωϊμότερη εμμηνарχή . Πρέπει να τονισθεί ότι όργανο παραγωγής οιστρογόνων , εκτός από τις ωθήκες και τα επινεφρίδια , αποτελεί και το λίπος, ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες . Έτσι εξηγείται και η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις παχύσαρκες γυναίκες . Επίσης , είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά , προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα , που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης .

Παράλληλα , έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών, που τις αποτελούν ο καφές , το τσάι η κόκα-κόλα και η σοκολάτα. Όπως είναι γνωστό , το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Ωστόσο , η δράση αυτών των ουσιών δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά στην πρόκληση καρκίνου στο μαστό, καθώς οι απόψεις δίστανται .

Επίσης , η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών από τις γυναίκες πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ : η κατανάλωση 1 έως 3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1 , 3 φορές , ενώ η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Είναι δυνατό, βέβαια ,η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ , να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται διαμέσου ορμονικών διαταραχών (**Καρβέλας , 1995**).

8. Παθολογοανατομικοί παράγοντες (ινοκυστική μαστοπάθεια)

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια . Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι ιστολογική διάγνωση, η οποία δεν τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία . Η παθολογοανατομική θεωρία

στηρίζεται στο ότι ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικού και μεταλλαγμένου σε καρκίνο μαστού αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και τελικά , φθάνει στον καρκίνο . Για το λόγο αυτό αναφέρεται πως η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου , όταν πρωτοεμφανίζονται τα άτυπα κύτταρα . Ιστολογικά , χαρακτηρίζεται από παρουσία κύστεων 2 – 3 χιλιοστών. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μία στις δέκα γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου με συνήθη ηλικία προσβολής τα 30 μέχρι 45 χρόνια(Τσιρλάγκος,2004) .

9 . Φαρμακευτικοί παράγοντες

Δεν έχει αποδειχθεί με επιστημονική τεκμηρίωση ότι η χρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου ή καλλυντικού σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού . Παρόλα αυτά , έχει γίνει λόγος για αιτιολογικό συσχετισμό με τη χορήγηση ρεσερπίνης σε αυξημένες δόσεις και με τη μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών . Όσον αφορά τα τελευταία, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο κίνδυνος προσβολής από την κακοήθεια αυξάνεται σε μερικές υποομάδες γυναικών χρηστών , και γίνονται προσπάθειες, που αποσκοπούν στην ανεύρεση των υποομάδων αυτών και στην απόδειξη αυτού του επιχειρήματος (Καρβέλας,1995).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ — ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού, εμφανίζει μια ποικιλία συμπτωμάτων , τα οποία είναι δυνατό να επηρεάσουν τη μορφολογία και τη σύσταση του μαστού , ώστε να γίνουν αντιληπτά από την ίδια τη γυναίκα και να της δώσουν το κίνητρο για εξέταση από ειδικό γιατρό . Ωστόσο , η διάγνωση του καρκίνου αποδεικνύεται και τίθεται με τις απεικονιστικές διαγνωστικές μεθόδους . **Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από:**

1.Ψηλαφητή μάζα: είναι το συχνότερο αρχικό εύρημα του καρκίνου του

μαστού , καθώς υπολογίζεται πως στο 76% των περιπτώσεων ο καρκίνος εμφανίζεται σαν μάζα του μαζικού αδένου . Η ανίχνευση αυτής της μάζας γίνεται τυχαία σε ποσοστό 90% από την ίδια τη γυναίκα . Η μάζα είναι συνήθως ανώδυνη , και μόνο στο 15% των περιπτώσεων εμφανίζεται σαν επώδυνη , είναι στερεάς συστάσεως και δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασμάτων με ίνωση του υποστρώματος του μαστού .

2. Έκκριση της θηλής : δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού . Έχει αποδειχθεί πως το 2% των περιπτώσεων εμφανίζει έκκριμα της θηλής , ενώ το 80% από αυτές παρουσιάζει και μάζα στο μαστό . Έτσι , μόνο το 12 – 20 % των περιπτώσεων εκκρίματος από τη θηλή , που οφείλονται σε καρκίνο , παρουσιάζουν κλινικά χωρίς όγκο στο μαστό , ενώ ένα 10% δεν εμφανίζει ούτε μαστογραφικές ανωμαλίες . Η έκκριση από πολλαπλά τμήματα της θηλής και στους δύο μαστούς συνήθως σχετίζεται με ενδοκρινολογικά προβλήματα , με χρήση φαρμάκων ή με διάχυτη ινοκυστική νόσο . Τα φάρμακα που ενοχοποιούνται είναι τα ψυχότροπα , τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά , τα οπιούχα και ορισμένα αντιυπερτασικά .

3. Έλξη του δέρματος : αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και προκαλείται από την αύξηση του όγκου σε μέγεθος και από τη διήθηση του γειτονικού ιστού .

4. Αλλοιώσεις του δέρματος : επέρχονται μετά από απόφραξη των λεμφαγγείων με επακόλουθο οίδημα δέρματος , ενώ οι σύνδεσμοι του Cooper που παραμένουν προκαλούν την όψη «φλοιού πορτοκαλιού». Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται , επίσης , δορυφόρα οζίδια στο δέρμα , εξέλκωση , ερυθρότητα , αιμορραγία , καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος .

5. Αλλοιώσεις της θηλής : μπορεί να εμφανίζονται με δύο τύπους , την εισολκή της θηλής ή τη νόσο Paget . Η εισέχουσα θηλή αρκετές φορές είναι καλοήθης . Όταν όμως οφείλεται σε καρκίνο , η θηλή είναι καθηλωμένη , δεν καθίσταται δυνατή η ανάσπασή της και η προσεκτική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει μάζα στο μαστό .

6.Πόνος : δεν αποτελεί συχνό σύμπτωμα , αν και το 20 % περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο . Ο πόνος είναι ιδιαίτερα ύποπτος για καρκίνο , όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα που δε βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ορμόνες .

7.Άλλα συμπτώματα : σπανιότερα εντοπίζονται η εξέλκωση της θηλής, φλεγμονή , οίδημα , βήχας και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις , θωρακικούς πόνους από διήθηση του υπεζωκότα , κοιλιακούς πόνους , ίκτερο , κεφαλαλγία , διπλωπία και άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση (www.medlook.gr).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

A. Επισκόπηση

Κατά την επισκόπηση, η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά από τον εξεταστή, όρθια ή καθιστή. Μπορεί ο εξεταστής να συστήσει στην ασθενή να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, να κάνει επίκυψη ή να φέρει τα χέρια της στη μέση, ώστε να παρατηρήσει τη συμπεριφορά των μαστών σε αυτές τις κινήσεις.

Με την επισκόπηση εξετάζεται το σχήμα, το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο συρρίκνωσης, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης, που μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού». Ακόμη, με προσοχή εκτιμάται η περιοχή της θηλής και της θηλαίας για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής και έκκρισης.

Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, ενώ επί εκκρίσεως της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο είναι δυνατό να είναι ορώδες,

οροαιματηρό, αιματηρό και γαλακτώδες (**Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών,1998**).

B. Ψηλάφηση

Με την τεχνική της ψηλάφησης ελέγχεται η παρουσία μάζας η σκληρίας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, η ευαισθησία των θηλών, καθώς και οι εκκρίσεις τους, και οι υπερκλειδίοι η μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Ακόμη, η ψηλάφηση αποκαλύπτει τη σύσταση του μαστού, πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας και τυχόν ευαισθησία του αδένα.

Η θέση που συνιστάται στην ασθενή, προκείμενου να επιτύχει η συγκεκριμένη εξέταση, είναι η ύπτια κατακεκλιμένη θέση με ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της, άνω ο βραχίονας της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, σε αντίθεση με το βραχίονα της αντίθετης πλευράς που βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα.

Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό, ώστε να αποκτά μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει. Επίσης ψηλαφά ολόκληρη την επιφάνεια κάθε μαστού με το σύστημα που εκείνος διαλέγει, είτε οριζόντια, είτε κάθετα, είτε κυκλικά, ασκώντας ελαφρά πίεση με τα δάχτυλα και των δυο χεριών προς το θωρακικό τοίχωμα.

Προκείμενου ο νοσηλευτής να προβεί σε ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, οφείλει να γνωρίζει ότι:

- ❖ **Το άλγος και την ευαισθησία** αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- ❖ **Οι εκκρίσεις**, συνήθως, είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις, πολλές φορές όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη η πολλαπλά θηλώματα των πόρων, και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο. Συνήθως, οι εκκρίσεις είναι ορώδεις η γαλακτώδεις, από αύξηση της προλακτίνης που μπορεί να οφείλεται στη λήψη φαρμάκων, πράσινης χροιάς σε κυστικές

μαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη η πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου η καρκίνο.

- ❖ Τέλος, με την ψηλάφηση πρέπει να εξετάζονται και **οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων, που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες**. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και τον νοσηλευτή να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Δεν πρέπει να αγνοείται και η εξέταση των υπερκλείδιων χώρων, καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό. **(Κόνιαρη, 1998)**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τεχνική αυτοεξέτασης μαστού (ΑΕΜ)

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο την επισκόπηση του μαστού της ασθενούς μπροστά στον καθρέφτη :

1)Με τα χέρια στα πλάγια

2)Με τα χέρια πάνω στο κεφάλι

3)Με τα χέρια στη μέση με πίεση (για να συσπαστεί ο μείζον θωρακικός μυς) διότι έτσι γίνονται αντιληπτές μάζες ,που προεξέχουν ή εισολκές δέρματος .Στην συνέχεια η εξέταση γίνεται σε θέση ύπια ,ψηλαφώντας,με το χέρι τον μαστό της αντιθέτου πλευράς. Η αξία της εξετάσεως αυτής είναι μεγάλης σημασίας , διότι έτσι δίνονται αντιληπτά νεοπλασμάτα σε αρχικό στάδιο (Τσιρλιάγκος,2004).

Αν και η μαστογραφία μπορεί να ανακαλύψει στο μαστό ένα ογκίδιο προτού ακόμη αναπτυχθεί σε μέγεθος που να είναι εύκολα ψηλαφητό με τα δάχτυλα ,παρόλα αυτά τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού έχουν ανακαλύψει οι ίδιες γυναίκες από μόνες τους κάποιο σημείο εξαλλαγής του στήθους ως προϊόν της απόλυτης εξικώσεως με το σώμα τους μετά από συχνή ψηλάφηση.

Εντούτοις, πολλές γυναίκες **ΔΕΝ** εφαρμόζουν την ΑΕΜ διότι διακατέχονται από απερίσκεπτα συναισθήματα όπως ο επικείμενος φόβος και το άγχος μιας ενδεχόμενης καρκινικής ένδειξης στο μαστό τους, λόγω έλλειψης γνώσης και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο και την διενέργεια της τεχνικής αυτής, για λόγους αγνοίας όσον αφορά την εξαιρετική σημασία της μηνιαίας αυτοεξέτασης ,ως απαραίτητου στοιχείου γνώσεως της φυσικής κατάστασης της ασθενούς και τέλος εξαιτίας κάποιων αρνητικών συναισθημάτων όπως η σεμνοτυφία ή ενόχληση.

Εργαστηριακός έλεγχος

Ο εργαστηριακός έλεγχος ,που πραγματοποιείται σε υποψία νεοπλασίας στο μαστό , περιλαμβάνει μια σειρά από αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις του αίματος και των ούρων . Συγκεκριμένα , είναι χρήσιμος ο προσδιορισμός των λευκών αιμοσφαιρίων και του τύπου τους , του αιματοκρίτη , της αιμοσφαιρίνης , των αιμοπεταλίων , της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών , της ομάδας αίματος , του μηχανισμού πήξης του αίματος , της γλυκόζης , της ουρίας και του ουρικού οξέως . Ακόμη , πρέπει να εκτιμώνται ορισμένοι ηλεκτρολύτες , όπως το κάλιο (K^+) , το νάτριο (Na^+), και το ασβέστιο (Ca^{++}) ,τα λευκώματα , οι τρανσαμινάσες , η αλκαλική φωσφατάση , το αυστραλιανό αντιγόνο (HbsAg) και τα αποτελέσματα της γενικής ούρων .

Η σύγχρονη διαγνωστική ογκολογία διαθέτει στο ενεργητικό της μια σειρά από ειδικούς βιοχημικούς δείκτες , που συμβάλλουν στην έγκαιρη πρόγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού .

Ιδιαίτερη σημασία εμφανίζει το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο(CEA), η νουκλεοσιδική διφωσφατάση και η σιαλυλοτρανσφεράση . Ειδικότερα , ο ρόλος του CEA στον χειρισμό των ασθενών με καρκίνο του μαστού αφορά κυρίως την παρακολούθηση σε προχωρημένο στάδιο με μεγάλη μάζα όγκου και μεταστάσεις οστών .Άλλωστε , υπάρχει σαφής συσχετισμός του επιπέδου CEA στον ορό με την κλινική εξέλιξη του ασθενούς (βελτίωση ή επιδείνωση) .Παράλληλα , η νουκλεοσιδική διφωσφατάση και η σιαλυλοτρανσφεράση αποτελούν σημαντικούς δείκτες καρκίνου με εξαιρετικές αυξήσεις σε προχωρημένη νόσο.

Τέλος, ο εργαστηριακός έλεγχος κρίνεται χρήσιμος για την ανίχνευση πιθανών μεταστάσεων , όταν η πρωτοπαθής εστία βρίσκεται στο μαστό . Οι αυξημένες τιμές της αλκαλικής φωσφατάσης και των υπολοίπων τρανσαμινασών αποτελούν αξιόπιστους δείκτες ηπατικών μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού . **(Πινακίδης – Μπούτης, 1993).**

Ακτινολογικός έλεγχος

Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής:

- ✓ Ακτινογραφία θώρακός F+P
- ✓ Αξονική τομογραφία κοιλίας (C.T.)
- ✓ Σπινθηρογράφημα οστών (δείχνει εστίες μεταστάσεων πριν εμφανιστούν στην ακτινογραφία).
- ✓ Μαστογραφία άμφω (αυτή πρέπει να γίνεται μια φορά σε γυναίκες άνω των 35 ,ασχέτως εάν υπάρχει πρόβλημα με τον μαστό ή όχι.) (Τσιρλιάγκος , 2004)

Ιστολογικές εξετάσεις

Το ιστορικό , η κλινική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις θέτουν υποψίες για την πιθανή ύπαρξη κακοήθειας στο μαστό της γυναίκας , όμως η διάγνωση του καρκίνου του μαστού επισφραγίζεται με την ιστολογική εξέταση . Για τη λήψη του εξετασθέντος υλικού χρησιμοποιούνται δύο τεχνικές : η παρακέντηση με λεπτή βελόνη και η βιοψία του μαστού .

A)Παρακέντηση με λεπτή βελόνη

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη πραγματοποιείται εφόσον εντοπισθεί κατά την κλινική εξέταση ψηλαφητός κυστικός όγκος , και αποτελεί την πρωταρχική συνιστώμενη μέθοδο σε αλλοιώσεις του μαστού . Η φυσιολογική εξέλιξη της παρακέντησης είναι εκκένωση της κύστης , η οποία όμως δεν είναι καθολική αλλά εγκαταλείπει μικρή υπολειπόμενη μάζα. Η συχνότητα ενδοκυστικών καρκινωμάτων είναι μικρή και το μικρό ενδεχόμενο διαγνωστικού λάθους ξεπερνιέται με την αφαίρεση της βλάβης , όταν :

A) η παρακέντηση δεν αποδίδει καθόλου υγρό

B) παρέχει αιματηρό υγρό

Γ) δεν καταλήγει σε πλήρη εξαφάνιση της μάζας

Δ) Δεν ακολουθείται από ταχεία αναπαραγωγή του υγρού και απαιτούνται περισσότερες από δύο παρακέντησεις για την εκκένωση της μάζας . Για περισσότερη ασφάλεια συνίσταται η κυτταρολογική εξέταση του υλικού της παρακέντησης των κύστεων .

Η τεχνική της παρακέντησης είναι πολύ απλή , εφόσον δεν απαιτεί ούτε καν τοπική αναισθησία . Ο εξεταστής σταθεροποιεί ανάμεσα στα δάχτυλα του ενός χεριού την εξεταζόμενη μάζα , ενώ με το άλλο χέρι κατευθύνει με γωνία προς το θωρακικό τοίχωμα τη βελόνη της σύριγγας στον όγκο **(Βούρτση-Βλάχος ,1999)**.

B) Βιοψία

Η αξία της βιοψίας ενός συμπαγούς όγκου του μαστού και η εφαρμογή της έχει γίνει αποδεκτή ως ιδιαίτερα χρήσιμη παγκοσμίως . Ενδείξεις για τη διενέργεια της αποτελούν :

- A) Εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό
- B) Εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο
- Γ) Απόστημα στο μαστό
- Δ) Ανεξήγητα σημεία φλεγμονής
- E) Αλλοιώσεις της θηλής
- ΣΤ) Υποπτα μαστογραφικά σημεία

Η ιστολογική εξέταση μπορεί να γίνει με αφαίρεση μέρους (Incisional Biopsy) ή όλου του όγκου (Excisional Biopsy) και πραγματοποιείται με τοπική ή γενική αναισθησία .

Υπάρχουν δύο τεχνικές για τη βιοψία του μαστού : η βιοψία με βελόνα και η χειρουργική ή «ανοιχτή» βιοψία . Η βιοψία με βελόνα tru – cut είναι λιγότερο τραυματική και εξίσου αξιόπιστη , καθώς επιτυγχάνεται με αυτήν ικανοποιητικό ποσοστό δείγματος του όγκου προς ιστολογική εξέταση . Συνήθως γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού , αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 2 εκατοστά και να είναι αρκετά επιφανειακός . Το ποσοστό του μετατραυματικού αιματώματος είναι μικρό αλλά όχι

αμελητέο και η ασθενής πρέπει να ενημερώνεται γι' αυτό . Η εξέταση αυτή απαιτεί εμπειρία και συστήνεται με επιφύλαξη για κινητούς όγκους ή όσους έχουν διάμετρο μικρότερη από το μήκος της εγκοπής της βελόνας , ενώ ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται , ώστε να μη γίνει κατά λάθος διάτρηση του θωρακικού τοιχώματος .

Η χειρουργική ή «ανοιχτή» βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί ν' αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή την καθολική εξαίρεσή του . Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού .

Άλλη μία τεχνική ιστολογικής εξέτασης μάζας στο μαστό αποτελεί η ταχεία ή μόνιμη βιοψία για την οποία οι γνώμες των επιστημόνων δίστανται ως προς την αποτελεσματικότητά της . Η ταχεία βιοψία κατά τη διάρκεια της αναισθησίας της ασθενούς επιτρέπει τη λήψη αποτελεσμάτων σε 15 με 20 λεπτά με ποσοστό ακρίβειας 98 % . Βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν διαγνωστικό πρόβλημα είναι οι θηλαματώδεις βλάβες , η άτυπη υπερπλασία των πόρων , η σκληρυντική αδένωση και η νέκρωση λίπους (**Πινακίδης – Μπούτης , 1993**).

Μαστογραφία

Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, καθώς βοηθά στην πρώιμη ανακάλυψη του περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο . Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σα μέσο διαλογής (screening).

Κατά τη μαστογραφία χρησιμοποιείται η ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με σκοπό ν' απεικονιστούν τα φυσιολογικά και τυχόν παθολογικά στοιχεία του μαζικού αδένου . Όταν το φωτογραφικό απεικονιστικό υλικό είναι το ακτινογραφικό φιλμ , τότε η μέθοδος ονομάζεται μαστογραφία , ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί , ονομάζεται ξηρομαστογραφία .

Η τεχνολογική εξέλιξη δεν άφησε ανεπηρέαστη τη μαστογραφία , η οποία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται τελειοποιημένη με την τεχνική της

«χαμηλής δόσης» . Με την τεχνική αυτή κατορθώθηκε να παραχθούν εικόνες καλύτερης ποιότητας με μικρότερη δόση ακτινοβολίας κατά έξι με εννέα (6- 9) φορές .

Η συνηθισμένη εξέταση περιλαμβάνει δύο λήψεις από κάθε μαστό σε γωνίες κάθετες μεταξύ τους , αλλά υπάρχει δυνατότητα και άλλων λήψεων

Η φυσιολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλλει , καθώς εξαρτάται από την ηλικία της γυναίκας , τη φάση του κύκλου της εμμηνου ρύσεως , την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία . Στη μαστογραφία ο υγιής μαστός αποτυπώνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς το θωρακικό τοίχωμα . Από την εφηβεία μέχρι την κλιμακτηριακή περίοδο παρατηρούνται διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης των δομικών στοιχείων που καθορίζουν την ακτινολογική εικόνα . Οι μαστοί των νέων και ενηλίκων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση και με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζουν ομοιογενή εικόνα . Αλλά και κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου ο μαστός παρουσιάζει μαστογραφικές αλλαγές ως προς την πυκνότητα του λόγω ορμονικών μεταβολών , ενώ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται υπερπλασία των ιστών , που δημιουργεί ασάφεια στην απεικόνιση του .

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι πάντοτε εύκολη, υπάρχει ποικιλομορφία μαστογραφικών ευρημάτων , η οποία εξαρτάται από παραμέτρους , όπως τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου , το ρυθμό αναπτύξεως αυτού , τη θέση που εντοπίζεται στο μαστό και τη σύσταση του μαζικού παρεγχύματος(**Βούρτση-Βλάχος ,1999**).

Για την κλινική διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι αρκετή η παρουσία μιας ψηλαφητής μάζας , γιατί η μαστογραφία μπορεί ν' απεικονίσει και μη ψηλαφητές βλάβες , όπως όγκους διαμέτρου κάτω του μισού εκατοστού . Άλλωστε , ο τυπικός κακοήθης όγκος του μαστού δεν προκαλεί τοπικές μόνο αλλοιώσεις , αλλά μπορεί να προκαλέσει μεταβολές και δε διάφορα απομακρυσμένα σημεία του μαστού . Παρόλο που στον καρκίνο του μαστού η εκδήλωση κλινικών ευρημάτων είναι σπάνια , στις μαστογραφίες εμφανίζονται πρώιμα , αρκετά ακτινολογικά σημεία κακοήθειας που δε γίνονται αντιληπτά στην κλινική εξέταση . *Τέτοια*

σημεία είναι οι επασβεστώσεις , η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος , η πάχυνση του δέρματος και η ασύμμετρη εμφάνιση των πόρων και των αγγείων .

Το ποσοστό επιτυχημένης διάγνωσης του καρκίνου μόνο με μαστογραφία κυμαίνεται γύρω στο 90 % και μόνο με κλινική εξέταση στο 40 – 50 % . Ο συνδυασμός τους ανεβάζει το ποσοστό αυτό στο 90 – 97 % , με αποτέλεσμα η μαστογραφία και η κλινική εξέταση να θεωρούνται συμπληρωματικοί και όχι ανταγωνιστικοί τρόποι μελέτης του μαστού.

Η μαστογραφία ενδείκνυται σε :

- A) Οποιαδήποτε γυναίκα που εμφανίζει συμπτώματα κακοήθειας , και εφόσον έχει προηγηθεί κλινική εξέταση των μαστών .
- B) Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες , οι οποίες πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφικό έλεγχο μία φορά το χρόνο .
- Γ) Γυναίκες ηλικίας μεταξύ 35 – 40 ετών χωρίς ιστορικό κακοήθειας για τουλάχιστον μία φορά .
- Δ) Ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40 – 49 ετών , στις οποίες συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε 1 ή 2 χρόνια , ανάλογα με την υφή του αδένα και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου .

Στατιστικά υπολογίζεται ότι ο καρκίνος του μαστού απαντάται στις ηλικίες 40 – 49 ετών σε ποσοστό 1,3 – 1,6 στις 1.000 γυναίκες ετησίως συχνότητα που αυξάνει σε ποσοστό 2,2 – 2,6 σε γυναίκες ηλικίας 50 – 59 ετών και σε ποσοστό 3,3 – 3,9 σε γυναίκες ηλικίας 60 – 69 ετών . Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα του Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) , όπου ως αποτέλεσμα του αυξημένου γυναικείου πληθυσμού στην ηλικία 40 – 49 ετών το 1993 , μεμονωμένα , διαγνώστηκαν 28.900 περιπτώσεις καρκίνου στο μαστό που αφορούσαν γυναίκες της ηλικίας αυτής . Ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος μόνο κατά 8% σε σύγκριση με τις γυναίκες ηλικίας 50 – 59 ετών , δεδομένου ότι οι περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που διαγνώστηκαν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ήταν 31.500 περιπτώσεις . Έτσι , διαψεύδονται οι στατιστικοί αναλυτές που υποστηρίζουν ότι ο προληπτικός έλεγχος δεν ωφελεί σε γυναίκες ηλικίας 40 -49 ετών . (Βούρτση – Βλάχος , 1999).

Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μία ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς . Παρόλο ότι δεν έχει περιγραφεί ανάπτυξη καρκίνου του μαστού μετά από μαστογραφία ή μετά από επανειλημμένους μαστογραφικούς επανελέγχους επί σειρά ετών , ο κίνδυνος αυτός υφίσταται και έχει παρατηρηθεί σε πληθυσμούς που έλαβαν μεγαλύτερες δόσεις ακτινοβολίας , της τάξης των 25 – 2000 rads

Όλες οι μελέτες καταλήγουν στο ότι η καρκινογόνος επίδραση της ακτινοβολίας έχει άμεση σχέση με τη δόση αλλά και με την ηλικία της γυναίκας κατά την έκθεση της σε αυτήν . Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην παιδική και εφηβική ηλικία (10 – 19 ετών) , ενώ οι γυναίκες άνω των 40 ετών σε διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο(www.medlook.gr).

Υπερηχοτομογραφία

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην απεικόνιση της παθολογίας του μαστού ως συμπλήρωμα της μαστογραφίας και της φυσικής εξετάσεως . Η συνεχής βελτίωση των μηχανημάτων και των τεχνικών , όπως επίσης και η τυποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων αναμένεται να βελτιώσει ακόμη περισσότερο την διαγνωστική ευκρίνεια της μεθόδου .

Η υπερηχοτομογραφία 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 στο μαστό και ανακλώνται από τους ιστούς πίσω στον πομποδέκτη , όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά σήματα που παράγουν μία τοξοειδή απεικόνιση των υλικών από τα οποία πέρασε ο ήχος .

Η εξέταση του μαστού με υπερήχους έχει χωριστεί σε δύο κύριες κατηγορίες . Στην πρώτη έγινε προσπάθεια ν' απεικονισθεί ολόκληρη η αρχιτεκτονική του μαστού με τη χρήση μηχανημάτων , που διαθέτουν μηχανικές κεφαλές και λαμβάνουν πολλές εικόνες του βυθισμένου σε μπάνιο νερού μαστού , ενώ με τη βοήθεια υπολογιστών επιλέγονται οι καλύτερες από αυτές. (Automated whole breast scanners). ,Στη δεύτερη κατηγορία έγινε χρήση των υπερήχων χρησιμοποιώντας μηχανικές κεφαλές υψηλών συχνοτήτων κατευθείαν πάνω στο εύρημα , που είναι ψηλαφητό ή έχει αποκαλυφθεί με άλλες μεθόδους . (Direct skin contact) .

Με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος διαχωρίζονται οι κυστικές από τις συμπαγείς εξεργασίες, καθώς αυτό μπορεί να καταδείξει μέσα σε μια κύστη μια συμπαγή βλάβη που μπορεί να είναι κακοήθης . Η συνήθης εμφάνιση της κακοήθειας είναι η εικόνα μάζας υποηχητικής με ανώμαλα όρια και συνοδό ακουστική κεντρική σκιά.

Η συμβολή των υπερήχων στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι σημαντική , επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία .

Στις νεαρές γυναίκες με μαστούς πλούσιου σε αδενικό στοιχείο , όπου η μαστογραφία δεν ενδείκνυται , το υπερηχογράφημα αποτελεί πρώτη μέθοδο απεικόνισης . Βασικά μειονέκτημα , όμως , αυτής της μεθόδου αποτελεί το γεγονός ότι οι υπέρηχοι σπάνια μπορούν να διακρίνουν αλλοιώσεις μικρότερες από ένα εκατοστό και μικροασβεστώσεις **(Μπούτης,1999)**.

Ενδείξεις για υπερηχοτομογραφικό έλεγχο αποτελούν :

- ✓ Νεαρές γυναίκες
- ✓ Έγκυες γυναίκες
- ✓ Πυκνοί ακτινοσκοπεύσιμοι μαστοί
- ✓ Ινοκυστική νόσος
- ✓ Ψηλαφητή μάζα

- ✓ Συμπληρωματικά σε μαστογραφία
- ✓ Γυναίκες υψηλού κινδύνου
- ✓ Γυναίκες που αρνούνται μαστογραφία
- ✓ Πρόσφατο νεόπλασμα μαστού και
- ✓ Βοηθητικά στην καθοδήγηση παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν σταδιακά αυξήσει το όριο επιβίωσης από την ασθένεια .Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις όπως το στάδιο του όγκου ,η ηλικία ,η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσιακή και μεταεμμηνοπαυσιακή –το μέγεθος του όγκου ,η ταξινόμησή του κάτω από το μικροσκόπιο και η ορμονοεξάρτηση του .

Για τα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως συστήνεται η χειρουργική αφαίρεση μέρους ή ολόκληρου του μαστού ,ενώ επέρχεται η ακτινοθεραπεία στην περιοχή προκειμένου να καταστραφούν όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν απομείνει στην περιοχή. Ενδέχεται να χορηγηθεί από τον θεράποντα ιατρό επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο και για προληπτικούς λόγους στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού. Αυτή η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ή ακόμα και τον συνδυασμό τους .

Αν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο ή η ασθένεια έχει προχωρήσει σε μεταγενέστερο χρόνο ,τότε σαφώς ενδείκνυται η χορήγηση της χημειοθεραπείας ή και της ορμονοθεραπείας. Το είδος και η ποσότητα των φαρμάκων που θα χορηγηθούν εξαρτώνται από τα όργανα που έχουν προσβληθεί([www. in. gr](http://www.in.gr)).

Επιγραμματικά και με σειρά αναφοράς ακολουθούν αναλυτικά η εξής θεραπευτικές μέθοδοι.

- ✓ **Χειρουργική μέθοδος**
- ✓ **χημειοθεραπεία**
- ✓ **ακτινοθεραπεία**
- ✓ **θεραπεία με βιολογικούς τροποποιητές και συνδυασμούς των παραπάνω.**
- ✓ **ορμονοθεραπεία**

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό , δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή , αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού . Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής , η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστικού αδένου . Έτσι , σήμερα , η μαστεκτομή μπορεί να είναι ριζική , τροποποιημένη ριζική, μερική , απλή ή ογκεκτομή . Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου , από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου , από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας .

Ριζική μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαστικού αδένου μαζί με τους θωρακικού μύες (μείζονα και ελάσσονα) , με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας και με το υπερκείμενο δέρμα και τη θηλή . Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους , καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου . Εμφανίζει αυξημένη νοοτροπία , γιατί προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος , παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές

μετεγχειρητικές επιπλοκές , κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας .

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδο στον καρκίνο του μαστού , κατά την οποία εξαιρείται ο μαζικός αδένας και οι λεμφαδένες της μασχάλης , ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες . Αποτελεί την επέμβαση εκλογής για τις ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της νόσου και αποδίδει καλύτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα , εξασφαλίζοντας ευνοϊκή αποκατάσταση σε αυτές .

Μερική μαστεκτομή

Η εγχείρηση αυτή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό . Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα , και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης και σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δύο εκατοστά (2 cm) ή και μικρότερων . Μειονέκτημα αυτής της τεχνικής αποτελεί ο μετεγχειρητικός φόβος για την ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό , γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας .

Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή περιλαμβάνει την εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού . Ενδείκνυται σε ασθενείς με νεόπλασμα στο μαστό σταδίου I ή μικρού μεγέθους (δύο εκατοστά ή μικρότερους) . Αυτή η μέθοδος από μόνη της είναι ανεπαρκής για παροχή ιδανικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού , και για τον λόγο αυτό , συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (**Πινακίδης – Μπούτης , 1993**).

Ογκεκτομή

Η ογκεκτομή , η αφαίρεση δηλαδή του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου , αποτελεί την πιο σύγχρονη μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού .

Εφαρμόζεται σε ασθενείς με νεόπλασμα σταδίου I και συμπληρώνεται από ακτινοθεραπεία. Συνήθως σήμερα χρησιμοποιείται η μαστεκτομή και η ογκεκτομή.

Οι ριζικές και υπερριζικές επεμβάσεις εγκαταλείφθηκαν τα τμηματεκτομή στα στάδια I+II και συνδυάζονται με ακτινοβολίες και καθαρισμό μασχάλης. Σε ασθενείς που έχουν έμμηνο ρύση, δίδεται τελευταία χρόνια και εκτελούνται μόνο η απλή μαστεκτομή και η χημειοθεραπεία εφόσον η μασχάλη είναι θετική και αντιοιστρογόνα (π.χ. Tamoxifen). Μετά το πέρας της θεραπείας γίνεται Follow – up, παρακολούθηση δηλαδή της ασθενούς για δυο λόγους: 1) με σκοπό την έγκαιρη διάγνωσή στον άλλο μαστό 2) ανακάλυψη μεταστάσεων

Στην αρχή ο έλεγχος γίνεται κάθε 3-4 μήνες τον πρώτο χρόνο, αργότερα κάθε 6 μήνες μέχρι τα 5 χρόνια και αργότερα κάθε χρόνο. Η εγκυμοσύνη επιτρέπεται 5 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας ενώ υπάρχει δυνατότητα πλαστικής επέμβασης 6 μήνες μετά, και στο στάδιο I+II (εμφύτευση θηλής) (Τσιρλιλαγκος, 2004).

ΠΙΘΑΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα πιθανά προβλήματα και οι επιπλοκές που θα ακολουθήσουν μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης είναι οίδημα άκρου, συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma/hematoma), νεκρώσει των χειλιών του τραύματος, φλεγμονή τραύματος, αδυναμία –περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση. Ο τραυματισμός ή η πίεση της περιοχής κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να προκαλέσει αιμωδίες και παραισθησίες (Mc Cready, 2003). Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής ελέγχει για ύπαρξη μόλυνσης ή για τυχόν αλλαγή στο χρώμα του υγρού της παροχέτευσης. Παράλληλα εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένεια της για της επιπλοκές που πιθανόν να εμφανιστούν και

τους εξηγεί τον τρόπο φροντίδας του τραύματος και της παροχέτευσης (**Weaver C,2000**)

Το λεμφοίδημα είναι συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή με ποσοστό εμφάνισης που φτάνει έως 62%.Προκειται για δυσλειτουργία στην ικανότητα απαγωγής της λέμφου με αποτέλεσμα την συσσώρευση του λεμφικού υγρού και το οίδημα που εμφανίζεται στο σύστοιχο άκρο .Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία του διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες α) αποφυγή τραυματισμού β) πρόληψη λοίμωξης γ)αποφυγή περίσφιξης του άκρου και δ)άσκηση(**Erickson E,2000**).

Τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής :

- ✓ η χρήση προστατευτικών γαντιών κατά την διάρκεια εργασιών στο σπίτι ή στον κήπο
- ✓ αποφυγή φλεβοπαρακέντησης,μέτρηση αρτηριακής πίεσης και ένεσης στο προσβεβλημένο χέρι
- ✓ άμεση αναφορά και θεραπεία εάν εμφανιστεί κάποιο σημείο λοίμωξης (ερυθρότητα ,πόνος)
- ✓ αποφυγή ανύψωσης βάρους
- ✓ αποφυγή βίαιων κινήσεων του άκρου
- ✓ χρήση μαλακών προσθετικών στήθους
- ✓ αποφυγή ενδυμάτων που περιορίζουν την σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου άκρου
- ✓ ελάττωση λήψης αλατιού και αποφυγής καπνίσματος και αλκοόλ (**Hull MM,2000**)

Η θεραπεία που ακολουθείται σήμερα περιλαμβάνει α) φροντίδα δέρματος β)τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού γ)επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και δ) κινησιοθεραπεία (**Hull MM,2000**). Σε πολύ βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές συσκευές με εναλλασσόμενη πίεση (*interminet sequential pneumatic compression*),χρήση φαρμάκων .

Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους δημιουργίας του λεμφοιδήματος ,των μέτρων που πρέπει να λαμβάνει για την πρόληψη της δημιουργίας του και των τρόπων θεραπείας του ,είναι απαραίτητη (**Coward DD,1999**).Πρόσφατα έχει συστηθεί στις γυναίκες με λεμφοιδηματικό άκρο να φορούν ένα ειδικό βραχιόλι που να υποδεικνύει την ανάγκη αποφυγής μέτρησης αρτηριακής πίεσης και τρυπημάτων με βελόνα. Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση του λεμφοιδήματος με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου .(**Hull MM,2000**)

Οι ασκήσεις που θα εκτελέσει η ασθενής προκειμένου να αποφευχθεί ο περιορισμός κινητικότητας του άκρου θα πρέπει να εκτελούνται αμέσως μετά την επέμβαση .Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει να τις πραγματοποιήσει ενώ στην περίπτωση που αυτή είναι απρόθυμη τις δίδει συνεχή κατεύθυνση, συμβουλεύοντας την να πάρει αναλγητικά 30-45 λεπτά πριν την εκτέλεση των ασκήσεων .Η συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή κρίνεται απαραίτητη. (**Mock V,1998**)

Οι ασκήσεις τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες έχουν σκοπό να προλάβουν ή να ελαττώσουν το οίδημα του άκρου και να προάγουν την κίνηση του μυ χωρίς αυτός να εκταθεί ασθενής θα πρέπει να προσπαθεί να επανακτήσει την κινητικότητα του ώμου κινώντας τον σε όλες τις κατευθύνσεις αρκετές φορές την ημέρα .Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να συνεχιστούν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την εγχείρηση.(**Weaver C, 2000**)

Είναι απαραίτητη η πληροφόρηση της ασθενούς από τον νοσηλευτή ότι κατά την διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων μετά την εγχείρηση δεν μπορεί να φορά προθέματα στήθους. Αντί αυτού μπορεί να χρησιμοποιεί βαμβάκι τον στηθόδεσμο της το οποίο δεν ερεθίζει την τομή ,ενώ παράλληλα μπορεί να την βοηθήσει να επιλέξει τον κατάλληλο τύπο προθέματος που τελικά θα χρησιμοποιεί.(**Chapman D, 1997**)

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού και βασίζετε στο ότι δε θεραπεύει το νεόπλασμα, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά και ασκούν δηλητηριώδη δράση και στα κακοήθη αλλά και στα υγιή κύτταρα. Τα μεν πρώτα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστηρια από τα φυσιολογικά, είναι πιο πολύ ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα δε δεύτερα, και ιδίως τα κύτταρα του μυελού των οστών, που εμφανίζουν έντονη δραστηριότητα, εκτίθενται στη δράση των χημειοθεραπευτικών και είναι πολύ δύσκολο, να υπολογισθεί το όριο δόσης αυτών των φαρμάκων, ώστε να καταστραφούν τα παθολογικά κύτταρα χωρίς να επηρεαστούν τα φυσιολογικά.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- A) Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- B) Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- Γ) Από την κατάσταση της ασθενούς.
- Δ) Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- Ε) Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.
- Στ) Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

(Κόνιαρη, 1998).

Υπάρχουν σήμερα τουλάχιστον 80 διαφορετικά είδη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων τα οποία κάποτε αποκαλούνται αντικαρκινικά φάρμακα. Ο κάθε τυπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, έχει το δικό του τρόπο δράσης. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους. Η χημειοθεραπεία που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του καρκίνου που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και την έκταση που έχει πάρει στον οργανισμό τόσο τοπικά όσο και σε επίπεδο μεταστάσεων.

Η χημειοθεραπεία φτάνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του σώματος. Αυτό βοηθά στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που έχουν διασκορπιστεί από την αρχική εστία του καρκίνου. Στον εγκέφαλο και στους ορχίς, η διείσδυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι χαμηλή. Έτσι στα εν λόγω όργανα μπορεί να χρειαστεί διαφορετική θεραπεία.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δυστυχώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν όχι μονοκαρκινικά κύτταρα αλλά και τα υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα συνήθως δεν ανακάμπτουν μετά από την έκθεσή τους στη χημειοθεραπεία, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά.

Τα κύτταρα της βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος, δηλαδή αυτά που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια του στόματος, του οισοφάγου, του στομάχου και του εντέρου όπως επίσης και τα κύτταρα που δημιουργούν τις τρίχες και τα κύτταρα του μυελού των οστών που δημιουργούν το αίμα, είναι πολύ ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία λόγω του ότι ανανεώνονται συνεχώς. Είναι για το λόγο αυτό που οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία παθαίνουν στοματίτιδα, άφθες στο στόμα, έχουν ενοχλήσεις στο στομάχι, χάνουν τα μαλλιά τους και νιώθουν έντονη κόπωση και αδυναμία.

Η ανακουφιστική δράση της χημειοθεραπείας όσον αφορά στην καταπράυνση του πόνου, μπορεί να προσφέρει τόσο στα αρχικά στάδια της νόσου όσο και όταν ο καρκίνος δε μπορεί να εξαλειφθεί και χρειάζεται καταπολέμηση του πόνου που πιθανόν να προσκαλεί. Προσφέρει έτσι βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Ο κάθε τυπος φαρμάκου έχει τις δικές του επιπλοκές. Αυτές μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές ανάλογα με της αντιδράσεις και την γενική κατάσταση του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνουν λεπτομερώς τους ασθενείς για τις παρενέργειες που δυνατόν να αναμένονται από τη χημειοθεραπεία που θα χορηγηθεί. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη αυτής.

Συμπληρωματική προφυλακτική χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία εφαρμόζεται, εφόσον έχει προηγηθεί αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών, αλλά υπαρκτών, μικρομεταστάσεων. Απώτεροι στόχοι είναι η αύξηση της τελικής επιβίωσης και του ποσοστού ίασης της ασθενούς μετά την εγχείρηση, όπου κάνει την εμφάνιση του το μετεγχειρητικό πρόβλημα της διασποράς των καρκινοπαθών κυττάρων.

Τα κριτήρια που προσδιορίζουν την επιλογή της προφυλακτικής χημειοθεραπείας, συμπληρωματικά προς τη μαστεκτομή, είναι :

- A) Η ικανότητα πρόβλεψης με υψηλό ποσοστό ακριβείας των ασθενών που έχουν μικρομεταστάσεις.
- B) Η επιλογή της καταλληλότερης αποτελεσματικής θεραπείας, που θα μειώσει τα ποσοστά υποτροπών.
- Γ) Η επιτυχία της προφυλακτικής χημειοθεραπείας, με τις λιγότερες οξείες ή χρονιές τοξικές επιδράσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ο γιατρός, σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, αφού μελετήσει τις εναλλακτικές λύσεις και προσδιορίσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, καταλήγει στην επιλογή του καταλληλότερου είδους θεραπείας.

Ο νοσηλευτής, που έρχεται σε άμεση επαφή με την καρκινοπαθή, πρέπει να γνωρίζει και αντιμετωπίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Σε αυτές ανήκουν η αλωπεκία, η ναυτία, οι εμετοί, δερματικές αλαλαγές, οι διάρροια, η φθορά των αιμοφόρων αγγείων, η διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να μειώσει το άγχος και την ανησυχία της για τα θεραπευτικά αποτελέσματα και να της γνωστοποιήσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να

αυξάνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά παρέρχονται μετά από αυτήν.

Πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει την πάσχουσα για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια αυτής. Βεβαία, η επιλογή του χρόνου από το νοσηλευτή πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, δηλαδή, να αφορά χρονική περίοδο μειωμένης συναισθηματικής έντασης και καταπόνησης για την ασθενή.

Τέλος, ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος να σχεδιάζει και να οργανώνει την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης θεραπείας της άρρωστης. Κατά αυτόν τον τρόπο, γίνεται αποδοτικότερη η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και υγειονομικού προσωπικού και εξασφαλίζεται το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η ασθενής, που βρίσκεται στα πρόθυρα της εφαρμογής προφυλακτικής χημειοθεραπείας, καταλαμβάνεται από ποικίλα ερωτηματικά, ερωτηματικά, που της προξενούν άγχος, αγωνιά, περιέργεια, φόβο και ανησυχία για της επικείμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής της.

Οι τομείς που πιο συχνά και πιο δραματικά υφίσταται αλλαγές είναι αυτός της δραστηριότητας. Έτσι, παρατηρείται μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, οικονομικής, συναισθηματικής, οικογενειακής και σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι γυναίκες, φοβούμενες την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, μειώνουν τις κοινωνικές συναναστροφές, αποδιοργανώνονται η παραιτούνται από την εργασιακή δραστηριότητα, έτσι ώστε αυτές οι μεταβολές να εξαντλούν τις φυσικές και ψυχικές δυνάμεις τους και να τους προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αλλά και η οικογενειακή και ερωτική ζωή της άρρωστης δοκιμάζονται σφοδρά, καθώς η γυναίκα λόγω της χημειοθεραπείας και συνεπειών της αποστασιοποιείται και δυσχεραίνει ανταπεξέλθει σε αυτούς τους τομείς. Ασφαλώς, στην κατάπτωση της ασθενούς συμβάλει και η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας λόγω του υψηλού κόστους της φαρμακευτικής χημειοθεραπείας. **(Κόνιαρη, 1998).**

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η χημειοθεραπεία, που πραγματοποιείται στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού, δε μπορεί να έχει παρά μόνο χαρακτήρα παρηγορητικό, καθώς η επιβίωση είναι περιορισμένη, η δε πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και την βαρύτητα των μεταστάσεων. Αυτή εφαρμόζεται στον καρκίνο του μαστού σταδίου IV και προϋποθέτει την ύπαρξη, σχετικά καλής, γενικής κατάστασης του σώματος (κατάσταση μυελού των οστών, νεφρική, ηπατική και καρδιακή λειτουργία).

Οι κατηγορίες φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού, είναι :

- A) Αλκυλιούντες παράγοντες
- B) Αντιμεταβολιτές
- Γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης
- Δ) Αντιβιοτικά
- E) Ορμόνες

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους :

- ❖ Ενδομυϊκώς
- ❖ Ενδοφλεβίως – ενδαρτηριακώς (με έγχυση η απευθείας χορήγηση – bolus)
- ❖ Ενδοκοιλοτικώς (π.χ. ενδοπεπτιδοκοιλιακή)
- ❖ Υποδορίως
- ❖ Από το στόμα
- ❖ Τοπικώς στο μαστό

Οι συσκευασίες χορήγησης ποικίλουν ανάλογα με το φάρμακο και τη μέθοδο χορήγησης.

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο, ειδικευμένο, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος του ασθενή.

Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων και εκτίμηση των δεικτών αίματος και ούρων. Ακολουθεί λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος των ζωτικών σημείων.

Επίσης, για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών, το προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα της συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock, τα απαραίτητα φαρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (π.χ. ψυγείο) και τα αντίδοτα αυτών.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, ο νοσηλευτής

πρέπει να γνωρίζει ότι :

- Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα πρέπει να προφυλάσσονται από το φως.
- Να χρησιμοποιεί με ιδιαίτερη προσοχή τα σκευάσματα, γιατί κοστίζουν και οποιαδήποτε σπατάλη επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία των ασθενών.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιεί βελόνα Butterfly (πεταλούδα), να επιλέγει καλής ποιότητας φλέβες, όπως αυτές στη ράχη της άκρας χειρός, στον καρπό ή στον ωλεκρανιακό βόθρο, αποφεύγοντας τη φλεβοκέντηση σε ερεθισμένες περιοχές και πάνω από τρεις απόπειρες στο ίδιο σημείο.
- Πριν από την έναρξη της θεραπείας, χορηγεί φυσιολογικό ορό και παρακολουθεί την περιοχή για πιθανή μη ενδοφλέβια έγχυση του υγρού η οποία εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα μετά

από αναρρόφηση. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, η φλέβα ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό.

- Σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ο νοσηλευτής βγάζει αμέσως τη βελόνα, σκεπάζει το σημείο με παγάκια, ενημερώνει το γιατρό, χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδορίως στο ύποπτο σημείο, απλώνει κρέμα υδροκορτιζόνης μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός και συμβουλεύει την ασθενή να τοποθετεί παγάκια κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου κάθε δέκα λεπτά. .
- Στο τέλος της νοσηλείας, γίνεται αναγραφή της με τη διαδικασία που ακολουθείται στο εκάστοτε ίδρυμα.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας

Μετά από ομαδική προσέγγιση της ασθενούς, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες.

Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία της άρρωστης με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την παρουσία ξένων ατόμων.

- Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.
- Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί την ασθενή στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς με τη λήψη ιστορικού, που περιλαμβάνει πληροφορίες για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και το μέχρι τώρα ιστορικό υγείας της.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία εντοπίζονται στα διάφορα συστήματα που περιλαμβάνουν :

- καταστολή του μυελού των οστών
- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναιμία
- Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα
- Ναυτία και έμετος
- Διάρροια
- Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
- Αλωπεκία
- Νευροτοξικότητα
- Νεφροτοξικότητα
- Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Λευκοπενία

Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής που συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα της καρκινοπαθούς, τονίζει τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης του συχνού προσδιορισμού των λευκοκυττάρων και μεταβιβάζει ότι επικειμένη πτώση τους είναι προσωρινή και προκαλεί εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, ο πυρήνας της νοσηλευτικής παρέμβασης αφορά την πρόληψη των λοιμώξεων στον εξασθενημένο οργανισμό της άρρωστης :

- Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.
- Ενημέρωση της ασθενούς για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη,

οίδημα η ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων, ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.

- Νοσηλεία της άρρωστης σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό των επισκεπτών, οι οποίοι πρέπει να φορούν ειδική μάσκα, γάντια και ποδιά, και καθοδήγηση αυτής να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους η να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις.
- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά. Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνοντας με το βρασμό.
- Σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή της συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Κατόπιν ιατρικής εντολής, ενίσχυση της ασθενούς με αντιβιοτικά.

Θρομβοπενία

Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς. Ο νοσηλευτής έχει σαν απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της θρομβοπενίας τη διδασκαλία της ασθενούς για αποφυγή των τραυματισμών :

- Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμό, όπως οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμός, χορήγηση υπόθετων και θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- Εξήγηση της ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματοουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση. Ενημέρωση αυτής, ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά (Aspirin, Epirical) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.

- Τέλος, ο νοσηλευτής τονίζει τη σπουδαιότητα αποφυγής των μικροτραυματισμών και συνιστά ήπιους και επιφυλακτικούς χειρισμούς στην καθημερινή δραστηριότητα της καρκινοπαθούς.

Αναιμία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στην τρίτη κατηγορία των έμμορφων στοιχείων του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία. Αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της αναιμίας είναι η μετάγγιση αίματος, η οποία προϋποθέτει τη διάθεση φιαλών αίματος. **Στην αναιμία συνιστάται :**

- Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Τ. 14–18g/ml αίματος και 37–47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.
- Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο ή φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η ένταση τους εξαρτάται από την αντοχή της ασθενούς σε αυτά. **Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :**

- Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.
- Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.
- Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως της ασθενούς. Συμβουλές για μικρά και συχνά γεύματα, για εύπεπτες και μαλακές τροφές, για κρύα αφεψήματα και για τροφές που ανακουφίζουν τη δυσφορία του στομάχου, όπως τοστ, κράκερ, δημητριακά και φρυγανιές.

- Σε επικείμενη ναυτία, ενθάρρυνση της άρρωστης να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

Διάρροια:

Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας.

Η ευθύνη του νοσηλευτή εσωκλείει :

- Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Σύσταση για τήρηση ειδικού διαιτολογίου και αποφυγή τροφών που προκαλούν έντονη σύσπαση του εντέρου ή αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα (όσπρια, ξηροί καρποί, λαχανικά, γλυκά φρούτα) ή επιτείνουν τη διάρροια (γαλακτοκομικά προϊόντα). Συνιστώνται τροφές πλούσιες σε κάλιο (μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες).
- Φροντίδα του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών με χορήγηση άφθονων υγρών και μικρών και συχνών υδαρών γευμάτων (νερό, τσάι, χυμοί φρούτων, αραιή σούπα).
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού, σε περίπτωση που η διάρροια δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά.

Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα, να ατροφεί και οποιοσδήποτε μικροτραυματισμούς να καταλήγει σε εξέγκωση. Για την πρόληψη της στοματίτιδας, ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα :

- Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού και ενημέρωση για τις συνήθειες της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.

- Έλεγχος της στοματικής κοιλότητας της άρρωστης και αξιολόγηση της κατάστασής της. Διδασκαλία αυτής για προληπτική υγιεινή του στόματος της.
- Καθοδήγηση για διατήρηση της υγρασίας του στόματος με τη λήψη τροφών, όπως φρούτα παγωτά, άφθονα υγρά και πολτοποιημένη μαγειρεμένη τροφή.

Για την αντιμετώπιση της στοματίτιδας, η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα της καρκινοπαθούς.
- Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.

Αλωπεκία

Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκία εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των χορηγούμενων φαρμάκων. Εδώ, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση του σωματικού της ειδώλου :

- Ενημέρωση της καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
- Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας. Ενημέρωση της γυναίκας, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως π.χ. τοποθέτηση παγοκύστης.

Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα έχει ανάλογη σχέση με το μέγεθος της δόσης των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εμφανίζει δύο κατηγορίες εκδηλώσεων και από αυτές ο νοσηλευτής οφείλει να προστατέψει την ασθενή:

- Ήπιας νευροπάθειας, με χαρακτηριστικά σημεία ελαφρύ πόνο στο πόδια και χέρια και μυϊκή αδυναμία.
- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές και ορθοστατική υπόταση.
- Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη των συμπτωμάτων της νευροπάθειας μικρής ή μεγάλης βαρύτητας και καθορισμένη από της ιατρικές οδηγίες.

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς, με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς. Ενδεικτικό σημείο νεφροτοξικότητα αποτελεί η ολιγουρία, η οποία αν παραβλεφθεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. **Η παρεχόμενη φροντίδα εσωκλείει :**

- Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια.

Γεννητικό σύστημα

Συχνά, η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο των φαρμάκων, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική

κατάσταση της υγείας της. Η νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενημέρωση της άρρωστης για τις επικείμενες αλλαγές :

- Στην έμμηνο ρύση, η οποία μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να διακοπεί εμφανίζοντας συμπτώματα εμμηνόπαυσης (εξάψεις).
- Στην ορμονική λειτουργία της ασθενούς με πρόκληση κνησμού, Καύσου και ξηρότητας του κολπικού επιθηλίου.
- Στη γονιμότητα της γυναίκας, προκαλώντας στειρώση, προσωρινή ή μόνιμη.
- Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, συνιστάται αποφυγή έναρξης της θεραπείας ή έναρξης της μετά τη δωδέκατη (12^η) εβδομάδα κυοφορίας.

Διδασκαλία της καρκινοπαθούς

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι σημαντικό τμήμα της χημειοθεραπείας και καθήκον του νοσηλευτή, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τη συνεργασία της πάσχουσας και του περιβάλλοντός της και των μελών της ομάδας υγείας.

Η διδασκαλία περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση για της ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- Ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που εμφανίζουν αλλαγές στο σωματικό είδωλό τους.
- Σύσταση για σωστή διατροφή με ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο.
- Παροχή πληροφοριών μέσω έντυπου υλικού και ενθάρρυνση για ερωτήσεις και συζήτηση σχετικά με αυτό. **(Κόνιαρη, 1998).**

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού χρησιμοποιείται σηνύθως μετεγχειρητικά ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας θεραπείας, επί ανεγχείρητων περιπτώσεων ,και παρηγορητικά σε περίπτωση μεταστάσεων .**(Dobbs HJ, 2000)**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή για το είδος της θεραπείας , τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και να την ενεργοποιήσει

να συμμετάσχει ενεργά στη φροντίδα τους. **(Knobf M.T., 2005-Wengstrom Y, 2000).**

Η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία είναι απαραίτητη. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας είναι: αλλαγές στο δέρμα, κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, οίδημα μαστού και άκρου και αλλαγές αίσθησης στον μαστό. **(Chapman D, 1997)**

Οι αλλαγές στο δέρμα είναι η πιο συχνή επιπλοκή που εμφανίζεται στις γυναίκες με συχνότητα 95% περίπου **(Porock D, 1999).**

Εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα, φαγούρα, ευαισθησία, ξηρά και τελικά απολέπιση **(Chapman D, 1997).**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δώσει οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του δέρματος. Η ασθενής θα πρέπει να διατηρεί το δέρμα της στεγνό και να αποφεύγει την χρήση αρωμάτων, σαπουνιών και κρεμών στην περιοχή της θεραπείας. Είναι προτιμότερο να φορά χαλαρά ρούχα ή μια βαμβακερή μπλούζα προκειμένου να προστατευτεί η περιοχή από αλλαγές θερμοκρασίας, αλλά και για να αποφεύγονται οι κακώσεις, η τριβή και η πίεση στην περιοχή. Μπορεί να κάνει μπάνιο χρησιμοποιώντας ζεστό ή κρύο νερό όχι όμως καυτό. Θα πρέπει να προσέχει να μην σβήσουν τα σημάδια της μελάνης στην περιοχή της θεραπείας και αυτοί μπορεί να το επιτύχει ρίχνοντας στην περιοχή νερό το οποίο το σκουπίζει απαλά. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει την ηλιοθεραπεία και να μην κολυμπά σε χλωριωμένες πισίνες προκειμένου να προστατεύει το δέρμα της. **(Hilderey L J, 1997).**

Στην περίπτωση που η αντίδραση του δέρματος είναι πολύ σοβαρή, της συστήνεται να χρησιμοποιεί κρέμες, οι οποίες μπορεί να είναι ελαφρά υδατικές ή λιπαρές ή ακόμα να περιέχουν βιταμίνη Α ενώ μπορεί να χρησιμοποιεί κρέμα *aloe-Vera*. **(Wengstrom Y, 2001)**

Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90% στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία **(Wengstrom Y, 2001).**

Τα επίπεδα της κόπωσης αυξάνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας, μέγιστα επίπεδα στο τέλος της και ελάττωση μετά το τέλος αυτής. Η αντιμετώπιση της κόπωσης έχει περιγράψει παραπάνω και σε αυτό το σημείο υπενθυμίζουμε ότι οι μικρές περίοδοι ξεκούρασης και η

ήπια άσκηση είναι αποτελεσματική της ανακούφισης.(Dean GE, 1997-Donovan KA, 2004).

Όταν εμφανίζονται διαταραχές στον ύπνο ,ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει τηλεόραση ή να διαβάσει ένα βιβλίο και να αποφεύγει τα παράγωγα της καφεΐνης πριν ξαπλώσει .Όσον αφορά την εμφάνιση των άλλων παρενεργειών η πιο κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ύπαρξη τους.(Knobf MT, 2005)

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι ασθενείς που λαμβάνουν **ορμονική θεραπεία** βιώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αύξηση βάρους ,εξάψεις ,νυχτερινές εφιδρώσεις, κόπωση, ελάτωση της libido ,ξηρότητα του κόλπου και επίδραση στη σεξουαλική λειτουργία. Με δεδομένο ότι οι περισσότερες από αυτές εμφανίζονται στο σπίτι, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την ύπαρξή τους και να λαμβάνουν κατάλληλες οδηγίες για την αντιμετώπισή τους . (Mouritris MJ, 2002)

Παλαιότερα γινόντουσαν εκτομές ωοθηκών σε νέες γυναίκες με ωοθηκική λειτουργία ,εκτομή υποφύσεως ή επινεφριδίων ή ακτινοβολίες αδένων .Σήμερα δίδονται αντιοιστρογόνα π.χ.Ταμοξιφεν των 20 mg ημερησίως, που έχει την ίδια δράση που θα μπορούσε να επιφέρει η εκτόμη ωοθηκών. (Τσιρλιάγκος,2004).

Η Ταμοξιφένη (Tamoxifen) ανήκει στην κατηγορία των **Αντιοιστρογόνων** και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή ορμόνης που χρησιμοποιείται τόσο στη θεραπεία της σταθεροποίησης όσο και στη Θεραπεία προχωρημένου καρκίνου του μαστού .

Με απλά λόγια ,η Ταμοξιφένη εμποδίζει την προσκόλληση των οιστρογόνων πάνω στα καρκινικά κύτταρα ,περιορίζοντας έτσι τον πολλαπλασιασμό και την ανάπτυξη τους .

Η Ταμοξιφένη χορηγείται καθημερινά σε ταμπλέτες .Συνήθως προκαλεί κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως: εξάψεις, τάση για πάχυνση, ξηρότητα του κόλπου καθώς και κολπικές εκκρίσεις ενώ με την πάροδο του χρόνου υποχωρούν.

Πολύ σπάνια είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο του ενδομήτριου, όμως ακόμα και όταν αυτό συμβεί είναι θεραπεύσιμο. Η

ορμόνη αυτή είναι σηνύθως η πρώτη επιλογή ορμονοθεραπείας σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού ενώ παράλληλα υπάρχουν πολλές εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές στην περίπτωση που ο καρκίνος δεν έχει ανταπόκριση στο φάρμακο αυτό(www.in.gr).

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας ,γιατί θεωρείται ότι η κάθε μέθοδος θεραπείας απευθύνεται και δρα σε πάνω σε διαφορετικούς κυτταρικούς πληθυσμούς .Εξάλλου η σύνθεση αυτών των μεθόδων στηρίζεται στο ότι τα καρκινώματα του μαστού έχουν ετερογενή σύνθεση, αποτελούμενα από ορμονοεξαρτώμενα και από μη ορμονοεξαρτώμενα κύτταρα .

Όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα ,ώστε οι ασθενείς να έχουν την δυνατότητα να συνεχίζουν τη θεραπεία στο σπίτι. Σε αυτή τη φάση ,είναι δυνατόν να εκδηλωθούν ορισμένες φυσικές μεταβολές, όπως προσωρινή ερυθρότητα ,οίδημα ,εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων, αύξηση μεγέθους του όγκου ,εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, σπανιότερα υπερασβεστιαϊμία συνοδευμένη από διαταραχές νοητικού επιπέδου, ναυτία , πολυδιψία και πολυουρία.

Ο νοσηλευτής:

- ✓ Ενημερώνει την άρρωστη για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλεί η θεραπεία ,και διαβεβαιώνει ότι η ύπαρξη αυτών δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας.
- ✓ Εντοπίζει τον πόνο και τον καταπολεμά με αναλγητικά ή αντιστεροειδή φάρμακα .
- ✓ Πληροφορεί την καρκινοπαθή και την οικογένεια της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαϊμίας και τον τρόπο αντιμετώπισης τους .
- ✓ Επαγρυπνεί για την κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα βοηθώντας στην πρόληψή της με περιορισμό νατρίου της δίαιτας και χρήση διουρητικών
- ✓ Τέλος , τονίζει την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών(**Μπούτης,1999**)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού στις μέρες μας έχει καλύτερη πρόγνωση από άλλα είδη καρκίνου ,η διάγνωση του γεμίζει με **φόβους** και **άγχος** την ασθενή συναισθηματική και ψυχολογική αντίδραση διαφοροποιείται ανάλογα με το άτομο και εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως είναι **η χρονική στιγμή της διάγνωσης ,η ωριμότητα** της γυναίκας και ο τρόπος που αυτή προσαρμόζεται σε καινούργιες καταστάσεις. **(Spiegel D,1997)**.

Τα πιο συχνά προβλήματα που βιώνουν είναι το άγχος η κατάθλιψη και η ψυχολογική δυσφορία εξ αιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματος και εξ αιτίας των αλλαγών στην σεξουαλικότητα τους.

Το άγχος και η κατάθλιψη έχει σχέση με την εμφάνισή της ασθένειας ,με τους τρόπους θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους .Να ενημερώσει όσον αφορά τους παραπάνω παράγοντες ,πιθανόν να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στην θεραπεία , να βελτιώσει την συναισθηματική της κατάσταση και να την επαναφέρει στην καθημερινότητα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της**(Fawzy FI,1999)**.

Στις κοινωνίες του Δυτικού πολιτισμού ,το στήθος θεωρείται αντιπροσωπευτικό στοιχείο της θηλυκότητας και της σεξουαλικότητας της γυναίκας .Μετά την χειρουργική επέμβαση ,η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η αυτοεκτίμησή της, να μεταβάλλεται η αυτοιδέα της και η εικόνα του σώματος της και τελικά να αποκτά μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό της.**(Rogers M, 2002)**.

Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από την χειρουργική επέμβαση αλλά και από τις παρενέργειες των θεραπειών όπως είναι η αλωπεκία , και οι αντιδράσεις του δέρματος εξ αιτίας της ακτινοθεραπείας.(**Hodern A,2000**)

Η έννοια του σώματος είναι μια δυναμική έννοια ,είναι δηλαδή συστατικό της εικόνας του εαυτού ,της ολοκληρωμένης αντίληψης που έχει κάποιος για τον εαυτό του ,πως πιστεύει ότι είναι ,με τι μοιάζει ,και γενικά πως αισθάνεται για τον εαυτό του (**Αδαμακίδου,2003**).

Συναισθήματα όπως η δυσφορία όταν βλέπει τις ουλές στο στήθος της, αίσθηση ότι δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητή, έλλειψη άνεσης όταν φοράει αποκαλυπτικά ρούχα ,είναι μερικές από τις κοινές εκφράσεις διαταραχής της εικόνας του σώματος (**Kuebler KK,2005**).Οι γυναίκες μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης που έχουν σχέση με την απώλεια του στήθους(**Pascarella JV,1997**).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί εάν η μαστεκτομή και η ογκεκτομή προκαλούν τα ίδια ψυχολογικά αποτελέσματα στην εικόνα του σώματος της γυναίκας .Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά .Κάποιοι αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ογκεκτομή και μαστεκτομή βιώνουν την ίδια ψυχολογική δυσφορία ,έχουν φόβους για μεταστάσεις ,ελάττωση της σεξουαλικής ζωής και γενικά επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους.(**Sammarco A, 2001**).Αντιθέτως άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες με ογκεκτομή που διατηρούν ένα μεγάλο μέρος του στήθους τους έχουν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους.(**Schover LR,1995**) και βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την σεξουαλική τους ζωή σε σχέση με αυτές που έχουν υποστεί μαστεκτομή.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα από τα συχνά προβλήματα που βιώνει συχνά η γυναίκα κατά την διάρκεια της θεραπείας.Προδιαθεσικοί παράγοντες όπως προϋπάρχοντα προβλήματα και αλλαγές που συμβαίνουν εξ αιτίας της εμμηνόπαυσης συμβάλλουν στην εμφάνισή της ακριβής αιτιολογία δεν είναι ακόμα καλά τεκμηριωμένη .(**Ganz PA, 1999**) .Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας όπως η εμμηνόπαυση με τα συνοδά προβλήματα της (π.χ. εξάψεις), η ξηρότητα του κόλπου, και η επακόλουθη δυσπανευρία θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες (**Ganz PA,1998**). Η ορμονική θεραπεία επιδεινώνει τα

παραπάνω προβλήματα ενώ οι αλλαγές όπου συμβαίνουν στο σώμα της εξ αιτίας της ακτινοθεραπείας και η επακόλουθη διαταραχή στην εικόνα του σώματος της συμβάλλουν στην σεξουαλική της λειτουργία **(Hodern A,2000)**.

Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα παρακάτω:

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση**(Vos Pj,2006)**.
- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος**(Mc Cready,2003)**.
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια ,βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική **(Keller M,1998)**.
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία**(Keller M,1998)**.
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις ,ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση **(Mc Cready,2003)**.
- Να την ενημέρωση σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες**(Keller M,1998)**.
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της ,σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες**(Κυρίση,1999)**.
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της**(Αδαμακίδου, 2003)**.
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών **(Hodern A, 2000)**.
- Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες ,να αγγίζει την ουλή της αλλά

και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες (**Hodern A, 2000**).

- Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία ,καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας (**Hodern A,2000-Keller M, 1998**).
- Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ.με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με καίρια ,μασάζ) ((**Hodern A, 2000-Mc Cready, 2003**).
- Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε (**Schover LR, 1999**).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο καρκίνος είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ,και οι θεραπείες που ακολουθούν με τις οξείες και μακροχρόνιες παρενέργειες τους τον αντικαθιστούν σαν μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο το ν ασθενή αλλά και την οικογένεια της (**Kornblith A,2003**).

Στην κοινωνική υποστήριξη της ασθενούς σημαντικό ρόλο εκτός από τον νοσηλευτή συμβάλλει και το άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο που είναι η οικογένεια ,ο σύζυγος ,τα παιδιά και οι στενοί φίλοι (**Keeling PT, 1996**) . Τονίζεται ότι η οικογένεια έχει ρόλο τόσο στην συναισθηματική υποστήριξη ,όσο και στη συμμετοχή στη φροντίδα των παρενεργειών της θεραπείας αλλά και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων (**Eriksson E, 2000**).

Η διαταραχή της υγείας της γυναίκας ,η συνακόλουθη ψυχολογική δυσφορία και η πιθανή αλλαγή στην οικονομική της ζωή ,οδηγεί στη απομάκρυνση από τον κοινωνικό της περίγυρο και τελικά οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση. Η διαταραχή στην εικόνα του σώματος μετά από χειρουργική επέμβαση είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την

κοινωνική της ζωή αφού οι γυναίκες αποφεύγουν να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που χρειάζεται να εκθέσουν το σώμα τους (**Kornblith A, 2003**).

Η συμμετοχή της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η ενασχόληση της με τις εργασίες του σπιτιού την επηρεάζουν θετικά .Η οικογένεια αλλά και οι φίλοι της είναι εκείνοι οι οποίοι την βοηθούν σημαντικά κατά την διάρκεια της θεραπείας .Στην αρχή της θεραπείας η γυναίκα έχει την ενεργεία να συμμετάσχει στις δουλειές του σπιτιού ,αλλά καθώς η θεραπεία προχωρά ,η οικογένεια της θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά και να την βοηθά αναλαμβάνοντας κάποιες εργασίες στο σπίτι. Όταν εμφανίζονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες ,είναι χρήσιμο για την ασθενή να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Οι φίλοι της μπορούν να την υποστηρίξουν καλώντας την σε δείπνο, σε έξοδο στο σινεμά ή σε κάποια έκθεση τέχνης. Υποστηρίζεται ότι με την συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες η ασθενής εστιάζει την σκέψη της σε γεγονότα ευχάριστα παρά την ασθένεια της(**Wengstrom Y, 2001**).

Ο νοσηλευτής αφού πάρει πρώτα άδεια από την ασθενή ,παρεμβαίνει ενθαρρύνοντας και βοηθώντας την οικογένεια να συμμετάσχει ενεργά στην κοινωνική της υποστήριξη(**Wengstrom Y, 2001**).Μπορεί να ενημέρωση επίσης τους φίλους της σχετικά με το είδος της προαναφερθείσας βοήθειας που μπορούν να της προσφέρουν .Είναι χρήσιμο να ενθαρρύνει την ασθενή να έρθει σε επαφή με άλλες ομάδες ασθενών που βιώνουν τα ίδια προβλήματα (**Vivar CG, 2005**).

Οι σύζυγοι συχνά γίνονται οι πιο σημαντικοί στην υποστήριξη της ασθενούς εξ αιτίας της υψηλής σημασίας που έχουν στην ζωή των γυναικών(**Eriksson E, 2000**).

Βιώνουν άγχος και ανησυχία για την ασθένεια όπως και για την έκβαση αυτής, κρύβοντας συχνά πίσω από την κρυμμένη αισιοδοξία μια λύπη που πηγάζει από την εικόνα της συζύγου να υποφέρει όσο και από την σκέψη απώλειας της (**Keller M, 1998**).

Ο σύζυγος είναι διαφορετική προσωπικότητα με διαφορετικές ανάγκες από αυτές της γυναίκας με συνέπεια να χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση στην προσαρμογή του στην ασθένεια (**Αδαμακίδου, 2003**).

Αναμφισβήτητα η συζυγική σχέση μετά την διάγνωση και κατά την διάρκεια της θεραπείας περνά κρίση αλλά δεν κλονίζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό που να οδηγεί στο διαζύγιο. Έχει βρεθεί ότι τα διαζύγια στις οικογένειες με καρκίνο μαστού δεν είναι πιο συχνά από ότι στις υγιείς. Δυσκολίες στη συζυγική ζωή συμβαίνουν σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών που πιθανών αντιμετώπιζαν προβλήματα και πριν την διάγνωση του καρκίνου (**Dorval M, 1999**).

Οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η υποστήριξη του συζύγου η ενημέρωση του για την ασθένεια και η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων ,εφ όσον η σύζυγος συμφωνεί(**Keller M, 1998**).

Θα πρέπει να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν να συζητούν μεταξύ τους φόβους τους και να εκτιμήσουν τις κοινές τους ανάγκες (**Keller M, 1998**).

Ο νοσηλευτής ,με απλές ερωτήσεις μπορεί να εκτιμήσει σε ποια κατάσταση βρίσκεται η συζυγική τους σχέση και εάν διαπιστώσει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα να τους παραπέμψει σε κάποιον ειδικό κοινωνικό λειτουργό(**Dorval M, 1999**).

Η προσαρμογή των παιδιών στην καινούργια κατάσταση που δημιουργεί η ασθένεια στην οικογένεια εξαρτάται από την ηλικία τους .Τα μικρότερα παιδιά ανησυχούν για την συνοχή της οικογένειάς τους ,λυπούνται για την ασθένεια της μητέρας τους και συχνά έχουν ενοχές ότι ευθύνονται για αυτήν .Για τους εφήβους οι αυξημένες υποχρεώσεις τους στο σπίτι και η ελάττωση των δραστηριοτήτων τους εξ αιτίας της ασθένειας ,είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα που βιώνουν (**National Breast Cancer Center(USA), 2001**).

Τα μικρά παιδιά και οι έφηβοι έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ακριβώς τι συμβαίνει ακριβώς στην οικογένεια τους(**Kristjanson CJ,2004**).

Το άγχος και η ανησυχία της μητέρας είναι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο από ότι η θεραπεία της(**Watson M,2006**).

Η ενημέρωση τους ,το είδος και η ποιότητα των πληροφοριών πρέπει να είναι ανάλογες με την ηλικία ,την ωριμότητα, και την προσωπικότητα του κάθε παιδιού (**Αδαμακίδου,2003**).

Χρειάζεται έρευνα προκειμένου να βρεθούν και άλλοι κατάλληλοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να παρέμβει ο νοσηλευτής έτσι ώστε να βοηθήσει τα παιδιά και τους εφήβους.

Η επιστροφή της στην εργασία μετά την θεραπεία ή η διατήρηση της απασχόλησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι μια πρόκληση για την γυναίκα .Πολλές γυναίκες δουλεύουν έξω από το σπίτι τη στιγμή της διάγνωσης και επιλέγουν την μερική ή την ολική απασχόληση κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Η επιλογή αυτή βασίζεται στην οικονομική ανάγκη ,στην ανάγκη για ασφάλιση της υγείας και σύνταξης αλλά και στη σημασία που αποδίδει στην εργασία το κάθε άτομο.

Η επιστροφή στην εργασία δίνει μια ευκαιρία στη γυναίκα αλλά και στην οικογένεια της να αφήσουν «πίσω τους τον καρκίνο»και να συνεχίσουν τη ζωή τους .Η ικανότητα της γυναίκας να ξαναρχίσει τους προηγούμενους ρόλους της είναι σημάδι υγείας .Κάποιες από αυτές περιμένουν να γίνουν ενεργές ,να ξαναρχίσουν γρήγορα τις προηγούμενες δραστηριότητες τους.

Η επιστροφή μπορεί να της δημιουργεί άγχος σχετικά με το εάν οι συνάδελφοι της γνωρίζουν την κατάσταση ,αλλά και φόβο για την εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών τις θεραπείας στην εργασία με την πιθανή σκέψη παρενέργειες όπως (π.χ. η κόπωση),μεταβάλλουν την ικανότητα της να διατηρησει την αποδοτικότητας της (**Mock RV, 1998**).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω **ο νοσηλευτής οφείλει να :**

- ✓ Να ενθαρρύνει την ασθενή να επιστρέψει στην εργασία της (**Mc Cready, 2003**).
- ✓ Να τονίσει την σημασία της εργασίας για την ίδια αλλά και για κάθε άτομο ,εξηγώντας της ότι εργασία και καριέρα είναι μια σημαντική πηγή αυτοεκτίμησης-ταυτότητας -ικανοποίησης
- ✓ Να βοηθήσει την γυναίκα να δει τον καρκίνο ως ένα πρόβλημα με το οποίο πρέπει να συνηθίσει να ζει μαζί του και να μην φοβάται τις αντιδράσεις των γύρω της
- ✓ Να την ενθαρρύνει να βρει τρόπους να διατηρεί την ενεργεία της και να μην κουράζεται άσκοπα κατά την διάρκεια της εργασίας της

- ✓ Να την φέρει σε επαφή με τον κοινωνικό λειτουργό (**Mock RV, 1998**).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων για τον καρκίνο του μαστού ,κάποιες γυναίκες δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την ασθένεια τους και φτάνουν στο τελικό στάδιο της ζωής τους ,αντιμέτωπες με τον θάνατο(**Κνοορ Τ,2000**).

Τα τελευταία χρόνια ,η αντιμετώπιση ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του γίνεται στα πλαίσια ανακουφιστικής φροντίδας .Συμφώνα με τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)**, «ανακουφιστική φροντίδα είναι ο ενεργός ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών ,των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή».Επιπλέον ,ο **ΠΟΥ** δηλώνει ότι ο έλεγχος του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων ,των ψυχολογικών ,κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί την υπέρτατη διάσταση της(**Cagnon B, 2004**). Στόχος της είναι η επίτευξη ,όσο το δυνατόν ,καλύτερης ποιότητας ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του(**Kim A, 2005**).

Η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες των ασθενών ,αλλά και για να επιτευχθεί ολιστική προσέγγιση (**Kim A, 2005**).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το **οργανικό ,κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο**.

Φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Η φροντίδα στο οργανικό επίπεδο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες της ασθενούς ,στην

αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ,καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση προκαλεί δυσφορία και ελάττωση της λειτουργικότητας της (**Santiago-Palma, 2001**).

Τα συχνότερα συμπτώματα είναι :πόνος ,ανορεξία, ναυτία-έμετος ,δυσφαγία, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα .λεμφοίδημα και κόπωση (**National Breast Cancer Center(USA), 2001**).

Η αντιμετώπιση του πόνου στις ασθενείς αποτελεί μια από τις άμεσες προτεραιότητες του νοσηλευτή. Αρχικά πραγματοποιείται λήψη νοσηλευτικού ιστορικού και η αξιολόγηση του πόνου γίνεται με την χρήση αριθμητικών κλιμάκων από 0 έως 10(όπου το 0 αντιστοιχεί στην ανυπαρξία πόνου και το 10 στη μέγιστη του πόνου).Οι παράγοντες που βελτιώνουν ή επιδεινώνουν τον πόνο αξιολογούνται και γίνεται εκτίμηση των ψυχολογικών αιτίων του .Από την προσεκτική σωματική εξέταση και την συνεκτίμηση των εργαστηριακών ευρημάτων διαπιστώνεται ότι ο πόνος(**Payne R, 2003**) προέρχεται πιθανότερα από :

- ✓ μετάσταση στα οστά (σπονδυλική στήλη ,πύελος, κρανίο),
- ✓ παθολογικό κάταγμα(**Lipiton A, 2005**).
- ✓ συμπίεση νωτιαίου μυελού εξ αιτίας μετάστασης στην σπονδυλική στήλη
- ✓ μετάσταση στις μήνιγγες(**Changel, 2003**),
- ✓ αποτέλεσμα θεραπείας (νευροθεραπεία)και
- ✓ αποτέλεσμα της διήθησης των μαλακών ιστών από τον όγκο (σπλαχνικός πόνος στην άνω κοιλία ή στην πύελο)

Η αντιμετώπιση του πόνου πραγματοποιείται με φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους.(**National Breast Cancer Center (USA), 2001**). Οι φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χορήγηση κατάλληλων αναλγητικών .Σε ήπιο πόνο χορηγούνται μη οπιούχα αναλγητικά. Εάν ο πόνος παραμένει ή αυξάνεται (μέτριος) μπορούν να χορηγηθούν ήπια οπιούχα Τέλος ισχυρά οπιούχα (π.χ. μορφίνη) δίδονται όταν ο πόνος είναι μεγάλης έντασης και δεν ανακουφίζεται με καμία από τις προαναφερθείσες μεθόδους(**UrieJ,2000**).

Σημαντικό ρόλο σε όλες τις προαναφερθείσες βαθμίδες διαδραματίζουν τα βοηθητικά φάρμακα(**Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2000**).

Η χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων δεν είναι η μόνη θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο(**Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2000**)

Υπάρχει και ο αιτιολογικός έλεγχος του πόνου που περιλαμβάνει την παρηγορητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία,ορμονοθεραπεία και θεραπεία με διφωσφωνικά .

Οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι περιλαμβάνουν χαλάρωση, βελονισμό, μασάζ και προσευχή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τις αιτίες του πόνου και τους τρόπους ανακούφισής του ,ώστε να συμβάλλει ουσιαστικά με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της .Σαν μέλος της διεπιστημονική ομάδας έχει στόχο να ανακουφίσει την ασθενή και να βελτιώσει τον πόνο όλο το εικοσιτετράωρο αυξάνοντας την λειτουργικότητα της. Άλλες νοσηλευτικές αρμοδιότητες είναι η ενθάρρυνση και η υποστήριξη της ασθενούς να χρησιμοποιεί κάποια από τις μη φαρμακολογικές μεθόδους για τον έλεγχο του πόνου(**Payne R, 2003**).

Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί ότι τα αναλγητικά χορηγούνται σε καθορισμένα ωράρια με σκοπό να επιτευχθεί η ανακούφιση του πόνου ,και δεν χορηγούνται με την επίκληση της(**National Breast Cancer Center (USA), 2001**).

Σε όλες τις παρεμβάσεις θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του, την προσωπικότητα της ασθενούς και τα όρια αντοχής της .Στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ο στόχος του δεν θα πρέπει να είναι η «αναισθησία»με την έννοια της έλλειψης της πνευματικής διαύγειας, αλλά «αναλγησία» στα πλαίσια της οποίας η ασθενής ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί επικοινωνία με το περιβάλλον της (**Παπαδάτου, 1999**).

Η ναυτία και ο έμετος είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στο τελικό στάδιο .Οι πιθανές αιτίες δημιουργίας του είναι :μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υπερασβεστιαμία ,ηπατική

ανεπάρκεια), αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση εξ αιτίας εγκεφαλικών μεταστάσεων , απόφραξη εντέρου , ηπατικές μεταστάσεις , τρόποι θεραπείας ή ανεπιθύμητη ενέργεια των οπιούχων (**National Breast Cancer Center (USA), 2001**).

Κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι χορήγηση τροφής σε μικρά και συχνά γεύματα και η χορήγηση κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων ανάλογα με την αιτία (**Lagman RL, 2005**).

Ένα άλλο σύμπτωμα που συνοδεύει την ναυτία-εμετό είναι η ανορεξία (**National Breast Cancer Center (USA), 2001**).

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να τρώει και να πίνει τα αγαπημένα της φαγητά και υγρά σε οποία ποσότητα επιθυμεί και να αποφεύγει τις τροφές που η όψη τους την ενοχλούν (**Ross D, 2001**).

Η δυσφαγία εμφανίζεται όταν υπάρχουν λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο , διήθηση οισοφάγου ή στοματίτιδα εξ αιτίας της παρηγορητικής χημειοθεραπείας.

Κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης είναι η ασθενής να τρώει λιωμένες τροφές και να πίνει υγρά θρεπτικά συμπληρώματα θερμιδικής αξίας. Η δυσκοιλιότητα οφείλεται στην ελαττωμένη πρόσληψη φυτικών ινών και υγρών , στην ακινησία και στα αναλγητικά ασθενής πρέπει να πίνει πολλά υγρά και να προσθέσει στο διαιτολόγιο της τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες . Είναι χρήσιμο η οικογένεια να διδαχθεί από το νοσηλευτή όλες τις απαραίτητες διαδικασίες του υποκλυσμού (**National Breast Cancer Center (USA), 2001**).

Η δύσπνοια είναι αποτέλεσμα κάποιου βρόγχου, αποτέλεσμα συλλογής πλευρικού ή περικαρδιακού υγρού, ή οφείλεται σε απόφραξη κάποιου βρόγχου , σε αναιμία ή λοίμωξη, ή είναι αποτέλεσμα της θεραπείας (πνευμονίτις από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, καρδιακή ανεπάρκεια από χημειοθεραπεία).

Ο πιο σημαντικός νοσηλευτικός ρόλος σε αυτήν την περίπτωση είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές ελέγχου της αναπνοής, όπως είναι η χρήση τεχνικών μυϊκής χαλάρωσης και απόσπασής της

προσοχής .Επίσης προγραμματίζει και χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή ανακούφισης της δύσπνοιας η οποία περιλαμβάνει χορήγηση οπιούχων(**Lagman RL, 2005**). Σε περίπτωση υποξαιμίας να χορηγεί οξυγόνο(**National Breast Cancer Center(USA), 2001**).

Η σοβαρή δύσπνοια τρομάζει τις ασθενείς και τις οικογένειες τους, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια καλής ενημέρωσής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Το λεμφοίδημα είναι ένα πρόβλημα που συχνά αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας(**William AF, 2005**).

Η πιθανή αιτιολογία του είναι η λοίμωξη , αύξηση του όγκου και η επέκταση του στη μασχάλη, η θρόμβωση ή η ίνωση που δημιουργήθηκε από προηγούμενες θεραπείες. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη λοίμωξης και αποφυγή τραυματισμού. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις συστήνεται η χρήση ειδικών συσκευών εναλλασσόμενης πίεσης, και η χρήση αναλγητικών (**National Breast Cancer Center(USA), 2001**).

Η κόπωση που εμφανίζεται στα τελικά στάδια είναι αποτέλεσμα της ασθένειας και της θεραπείας ασθενής ενημερώνεται για την εμφάνιση της και τους τρόπους αντιμετώπισης της (**Ross, 2001**).

Συστήνεται η χρησιμοποίηση εναλλακτικών τρόπων θεραπείας όπως η χαλάρωση ,η ψυχαγωγία ,οι φαντασιώσεις και η προσευχή(**Lagman RL, 2005**).

Σε βαριές περιπτώσεις γίνεται προγραμματισμός μετάγγισης αίματος ,χορήγησης ψυχοδιεγερτικών και κορτικοστεροειδών (**Butler LD,2005**).

Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο κατακλύζεται από αισθήματα θυμού ,φόβου ,ανησυχίας και κατάθλιψης (**National Breast Cancer Center(USA), 2001**).

Πολλές φορές εξ αιτίας του θυμού της είναι πιθανόν να γίνει επιθετική και να απομακρύνει τους ανθρώπους που τη Φροντίζουν, φοβούμενη κάθε εγκατάλειψη, όπως και την εγκατάλειψη της από το προσωπικό της υγείας, το άγνωστο αλλά και την οριστικότητα του θανάτου .Επίσης φοβάται και για την περίοδο που οδηγεί στον θάνατο και τα συνοδά οργανικά προβλήματα που θα βιώσει ως το τέλος της ζωής της .Ιδιαίτερα οι νέες γυναίκες φοβούνται για το μέλλον των παιδιών τους .Θρηνούν για τις εμπειρίες της ζωής που πρόκειται να χάσουν και για τις που βιώνουν(Ashby MA,1996) .Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ασθενής κατά κάποιο τρόπο βιώνει προσωπικό πένθος(**Fawzy FI, 1999**).

Η ανησυχία και η κατάθλιψη στη γυναίκα σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι :η επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, η επανεμφάνιση του καρκίνου(**Butler LD, 2005**) ,οι ανεπιθύμητες ενέργειες της καινούργιας θεραπείας και ειδικότερα η διαταραχή που δημιουργείται από την απώλεια της ανεξαρτησίας(**Cherny NI, 1996**). Έχει βρεθεί ότι όσο πλησιάζει ο θάνατος τόσο αυξάνει το αίσθημα της κατάθλιψης(**Lloyd-Williams&Friedman, 2000**).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας με την ασθενή και να την κάνει να κατανοήσει ότι είναι πρόθυμος να την ακούσει και ότι ενδιαφέρεται για αυτήν(**Cherny NI, 1996**).

Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εκφράσει τον ψυχικό πόνο που βιώνει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματα της ενώ είναι χρήσιμο παράλληλα να την ενθαρρύνει να τα εκφράσει χωρίς να την κρίνει, να την συμβουλεύει ή να επιβάλλει τις προσωπικές του απόψεις

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες της για ασφάλεια ,αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό της και την αξιοπρέπεια της.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας της ,με την προετοιμασία για τις πιθανές σωματικές αλλαγές ,με την προώθηση της αυτοφροντίδας και την δυνατότητα να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία της και για την φροντίδα που δέχεται (**Παπαδάτου,1999**).

Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο

Η ασθενής πραγματοποιεί μια προοδευτική απόσυρση σε συναισθηματικό επίπεδο όταν βρίσκεται στο τελικό στάδιο ,η οποία είναι πιθανόν να καταλήξει σε κοινωνική απομόνωση όταν δεν υπάρχει επικοινωνία με τον περίγυρο της .Ταυτόχρονα συνυπάρχει και η ανάγκη να ανήκει σε ένα περιβάλλον που την αποδέχεται μέσα στο οποίο μπορεί να διεκπεραιώσει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες της όπως είναι η διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων που πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση της στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας της και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (**Παπαδάτου,1999**).

Ο πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή στη διάρκεια της φροντίδας του είναι η ειλικρινής επικοινωνία με την ασθενή .Η συζήτηση γύρω από τους προβληματισμούς της σχετικά με το πώς η οικογένεια της θα τα βγάλει πέρα μέντα το θάνατο της ,πως θα ολοκληρωθεί ένα σημαντικό έργο μπορεί να αποβεί ουσιαστική όταν της παρέχει την δυνατότητα και την στήριξη να υλοποιήσει της επιθυμίες της .Είναι δυνατόν να παίξει το ρόλου του συνηγόρου της και να λειτουργήσει εκ μέρους της ώστε να καλυφθούν κάποιες από της ανάγκες της (**Payne R,2003**) .

Ταυτόχρονα ,θα πρέπει να την ενθαρρύνει να συμμετάσχει σε ομάδες ασθενών που δέχονται κοινωνική υποστήριξη ,ενώ όταν διαπίστωση ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα να την φέρει σε επαφή με κάποιον κοινωνικό λειτουργό(**Knoop T, 2000**).

Τα μέλη της οικογένειάς της χρειάζονται και αυτά ψυχολογική υποστήριξη διότι συχνά λόγω της απόσυρσης της ασθενούς ελαττώνεται ή δεν πραγματοποιείται καθόλου .

Στην περίπτωση αυτή ,ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποκαταστήσει την επικοινωνία μεταξύ των δυο πλευρών με στόχο να αντιμετωπίσει το άγχος και να τονώσει την οδύνη της οικογένειας ,ώστε να βοηθήσει την ασθενή να τακτοποιήσει τις εκκρεμείς κοινωνικές υποθέσεις της(**Ashby MA,1996**) .

Παράλληλα θα πρέπει να πείσει την οικογένεια της ότι ασθενής μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής της είναι ένα άτομο που ζει και έχει κοινωνικές υποχρεώσεις και ανάγκες για επικοινωνία τις οποίες θα πρέπει να τις καλύψει (**Knoop T,2000**).

Σημαντικό είναι να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας της να έρθουν σε επαφή και με άλλα μέλη οικογενειών στα πλαίσια υποστηρικτικών ομάδων ,προκειμένου να συζητήσουν τα κοινά τους προβλήματα και να βρουν στρατηγικές αντιμετώπισης(**Barse MA,1996**).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι από τη στιγμή που η ασθενής διαγιγνώσκεται με μεταστάσεις και διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της δημιουργούνται και προβλήματα οικονομικής φύσεως(**Grunfeld E,2004**).

Στη διάρκεια αυτής της περιόδου τα μέλη της οικογένειας της που την φροντίζουν να υποαπασχολούνται ή να φεύγουν από την εργασία τους, ενώ αυξάνονται τα έξοδα λόγω αγοράς κάποιων φαρμάκων ή κάποιας επιπλέον θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να στηρίξει την οικογένεια και να βρει τρόπους μείωσης των εξόδων της θεραπείας ή να επικοινωνήσει απευθείας με τον εργοδότη εκθέτοντας το πρόβλημα .Σε δύσκολες περιπτώσεις ενθαρρύνει την οικογένεια να έρθει σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό(**Knoop T, 2000**).

Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Η ασθενής καθώς φτάνει στο τέλος της έχει την ανάγκη ικανοποίησης των πνευματικών της αναγκώνβιώνοντας μια βαθιά κρίση γιατί χάνει τον εαυτό της ,τον σκοπό και το νόημα της ζωής της(**Fialka-Moser, 2003**),

Παράλληλα προσπαθεί να ικανοποιήσει κάποιες βασικές πνευματικές της ανάγκες προσπαθώντας μέσα από την προσωπική της κουλτούρα και κοσμοθεωρία να πραγματοποιήσει μια ανασκόπηση και να

δώσει κάποιο νόημα στα γεγονότα της ζωής της και στην ασθένεια της **(Payne R, 2003)** .

Παράλληλα προσπαθεί να ζήσει τις τελευταίες της ημέρες σε αξιοπρεπείς συνθήκες ,να βιώσει κατά κάποιο τρόπο έναν καλό θάνατο .Η πίστη στο θεό αποτελεί πηγή ανακούφισης ενώ για εκείνες που δεν πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή την ελπίδα την αντλούν από τα έργα και τις πράξεις τους **(Παπαδάτου, 1999)**.

Ο νοσηλευτής αφού καλλιεργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης μπορεί να ακολουθήσει τις παρακάτω νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

- ✓ Να αναγνωρίσει τις πνευματικές ανάγκες της ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής της **(Taylor E, 2003)**.
- ✓ Να την βοηθήσει να επεξεργαστεί όλες τις σκέψεις και τα συναισθήματα της
- ✓ Να τις απευθύνει ερωτήσεις του είδους «τι δίνει νόημα και ελπίδα στη ζωή σου», «που στρέφεσαι όταν νιώθεις θλίψη», που βοηθούν την πνευματική προσέγγιση **(Αδαμακίδου, 2003)**.
- ✓ Να την φέρει σε επαφή με κάποιον ιερέα ώστε να τη βοηθήσει να ικανοποιήσει τις πνευματικές ανάγκες
- ✓ Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας στην πνευματική φροντίδα
- ✓ Να της διατηρήσει την ελπίδα ότι υπάρχει Ζωή πέρα από το θάνατο **(Taylor E, 2003)**.

Συνοπτική παρουσίαση των σταδίων

Συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω οι προαναφερθέντες σταθμοί της νόσου οι οποίοι αναζωπυρώνουν την ψυχολογική και συναισθηματική ισορροπία της ασθενούς και καθιστούν απαραίτητη τη διέλευσή της μέσα από τρεις φάσεις . Ο ρόλος του νοσηλευτή σε κάθε φάση είναι ξεχωριστός , γιατί αντιμετωπίζει διαφορετικές ανάγκες της γυναίκας .

1^η φάση - Πρώιμο στάδιο

Αυτή η φάση ξεκινά από τη στιγμή που η γυναίκα ανακαλύπτει κάποιο ανησυχητικό σημείο στο στήθος της, απευθύνεται στον αρμόδιο γιατρό, ακολουθεί τις συστάσεις αυτού, μέχρι να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του

καρκίνου του μαστού, και καταλήγει στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου .

Αρχικά, στην ιδέα του καρκίνου η γυναίκα καταλαμβάνεται από τον πανικό shock, άγχος και άρνηση αποδοχής της διάγνωσης . Αυτά τα συναισθήματα αποτελούν την έναρξη πολλών ψυχολογικών διακυμάνσεων και εμφανίζονται προοδευτικά. Όταν η πιθανότητα κακοήθειας και ή εισαγωγή στο νοσοκομείο δε μπορεί να αποκλεισθεί , η ασθενής διακατέχεται από ανησυχία, κατάθλιψη, φόβο ακρωτηριασμού ή θάνατο και αποπροσανατολισμό, ενώ αποσύρεται από την ενεργό ζωή. Η κατάσταση αυτή ανακουφίζεται ή επιδεινώνεται ανάλογα με το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Από τη στιγμή της διάγνωσης, ο νοσηλευτής υποδηλώνει στην καρκινοπαθή τη συμπαράστασή της με την ευγενική, φιλική και ανθρώπινη συμπεριφορά της στη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων . Κατά τη νοσηλεία της στο νοσοκομείο, προσανατολίζει την άρρωστη στο χώρο, την ενημέρωση για τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και αφήνει περιθώρια για συζήτηση. Στην περίπτωση που η ασθενής υποβάλλεται σε μαστεκτομή, ο νοσηλευτής την πληροφορεί για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες με σαφήνεια , ειλικρίνεια και απλότητα . Έτσι , η πάσχουσα νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα οργανωμένο περιβάλλον με ανθρώπους που ενδιαφέρονται γι' αυτήν και φροντίζουν για την ασφάλεια της . Αλλά και η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς , προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής .

Μεγάλη σημασία στην επανένταξη της καρκινοπαθούς παίζει η οικογένεια . Αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο της κοινωνίας , τα μέλη της οποίας αποτελούν ένα δυναμικό μικροσύστημα που βρίσκεται σε μία συνεχή εξέλιξη μέσα στο χώρο . Η οικογένεια μπορεί ανάλογα με

τα προβλήματα των μελών της να διαφοροποιείται , ώστε να στηρίζει ενεργά τα μέλη της στη δύσκολη στιγμή . Έτσι , και στην περίπτωση μιας μακροχρόνιας αρρώστιας , όπως είναι ο καρκίνος του μαστού , η οικογένεια μπορεί να ενεργοποιηθεί και να αποτελέσει ένα τυπικό σύστημα υποστήριξης της άρρωστης , που , μαζί με το άτυπο σύστημα παροχής φροντίδας , δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί από ανάλογο κρατικό σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων .(Κόνιαρη , 1998).

2^η Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο

Σε αυτή τη φάση αποδεικνύεται η αδυναμία των θεραπευτικών παρεμβάσεων να καταστείλουν την ανατρεπτική δράση του καρκίνου , καθώς εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής . Η αποδοχή της επανεμφάνισης της νόσου από τη γυναίκα είναι ιδιαίτερα δύσκολη και επίπονη , επειδή έχει ήδη έρθει για μια φορά αντιμετώπιση με αυτή .

Η ασθενής μπροστά στην επιβεβαίωση της ύπαρξης μεταστάσεων αντιδρά προβάλλοντας ποικίλους αμυντικούς μηχανισμούς , άλλοτε βρίσκει δικαιολογίες για ν' αρνηθεί την υποτροπή, άλλοτε κατηγορεί τους φορείς υγείας ή και την αρχική θεραπευτική αγωγή και άλλοτε καταφεύγει σε μη επιστημονικά παραδεκτούς τρόπους θεραπείας (γιατροσόφια, διαλογισμό). Στην περίπτωση ευνοϊκής αποδοχής της υποτροπής, η άρρωστη δέχεται συμπληρωματική ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσαρμόζεται στη σοβαρότητα της κατάστασης της , η οποία σταδιακά χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση όλο και πιο επώδυνων φυσικών και ψυχικών διαταραχών .

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη φάση είναι περισσότερο υποστηρικτικός και ενθαρρυντικός για τη συνέχιση της συμπληρωματικής θεραπείας. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να ανακουφίσει την καρκινοπαθή από τα φυσικά ενοχλήματα των μεταστάσεων και τις παρενέργειες των θεραπειών (ακτινοθεραπεία , χημειοθεραπεία) και την ενθαρρύνει να μην εγκαταλείψει την ενεργό δράση της . Παράλληλα, φροντίζει και για την ψυχολογική υποστήριξη της μεταφέροντας αισιόδοξα και ελπιδοφόρα μηνύματα , με σκοπό να

επουλώσει τα ψυχικά και συναισθηματικά της τραύματα και να εξολοθρεύσει τις πιθανές ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας .

3^η Φάση – Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο η καρκινοπαθής και οι φορείς υγείας έρχονται αντιμέτωποι με τον επικείμενο θάνατο. Η θεραπεία πραγματοποιείται μόνο για ανακουφιστικούς και παρηγορητικούς λόγους . Σε αυτή την τελική φάση, η άρρωστη παρουσιάζει μια αμφιταλαντευόμενη ψυχολογική κατάσταση , καθώς άλλοτε αρνείται και άλλοτε αποδέχεται την ιδέα του θανάτου . Ο θάνατος δεν είναι συνυφασμένος μόνο με την παύση των ζωτικών λειτουργιών της ασθενούς , αλλά και με την κοινωνική απομόνωση , αυτοεγκατάλειψη , κατάθλιψη, πρόωρη αποστροφή από τη ζωή και μείωση της συνείδησης αυτής .

Η θέση του νοσηλευτή απέναντι στην ανίατη γυναίκα είναι υπαρκτή και υποστηρικτική .Είναι σημαντικό για την ασθενή να γνωρίζει πως ο νοσηλευτής δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει και πως είναι διαθέσιμη να συζητήσει τις ανησυχίες της ως την τελευταία στιγμή . Βέβαια , ακόμη και στην τελευταία μάχη για τη ζωή , η πάσχουσα διατηρεί ελπίδες για τη θεραπεία ή την πιθανότητα ευνοϊκής εξέλιξης της νόσου , κάτι που πρέπει ο νοσηλευτής να καλλιεργεί και να ενθαρρύνει για το καλό όλων . Τέλος, ζητά τη συνδρομή της οικογένειας για κατανόηση και συμπαράσταση σε αυτή τη δύσκολη φάση και την προετοιμάζει για την έσχατη κατάληξη .(Κόνιαρη ,1998)

Συμπερασματικά, η νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού στοχεύει στην ολιστική φροντίδα ,στην οποία η ασθενής αντιμετωπίζεται ως βιοψυχωκοινωνική οντότητα .Στόχος της φροντίδας είναι η γυναίκα να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία της να ανταποκριθεί στις κοινωνικές και επαγγελματικές απαιτήσεις .Όταν διανύει το τελικό στάδιο της ζωής της ,αντιμετωπίζεται πάλι με τον ίδιο τρόπο και οδηγείται με τη βοήθεια του νοσηλευτή σε έναν ήρεμο και ειρηνικό θάνατο .

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει ,ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο ,επειδή πεθαίνει ,ένα άτομο που έχει ανάγκες ,ελπίδες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του .

Η διαδικασία αυτή δημιουργεί μεγάλο ψυχικό φόρτο στο νοσηλευτικό προσωπικό ,το οποίο αναγκάζεται να κινητοποιήσει όλα τα ψυχικά του αποθέματα ,προκειμένου να ολοκληρώσει με επιτυχία το δύσκολο έργο του .Η προσπάθεια του πετυχαίνει ,όταν διαπνέεται από τη θέση ότι κάθε άνθρωπος δικαιούται να απολαμβάνει όχι μόνο μια αξιοπρεπή ζωή αλλά και έναν αξιοπρεπή θάνατο (Λαβδανίτη ,2000)

Ο καρκίνος του μαστού αρκετά μας έχει κλέψει ,όχι υλικούς θησαυρούς, αλλά πολύτιμες υπάρξεις ,όπως είναι η ζωή εκατομμυρίων μητέρων, συζύγων, αδελφών, φίλων. Κάθε ενδεχόμενη κίνηση πρόληψης και προσοχής : ΑΞΙΖΕΙ

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ, «Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή »,ο ρόλος των νοσηλευτών .Νοσηλευτική 42:308-315,Ιούλιος –Σεπτέμβριος 2003.
2. Αθανάτου Ε., (1995), «Κλινική νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλείες» Αθήνα.
3. Ashby MA, Kissame DW, Beadle GF,et al, (1996) «Psychological support ,treatment of metastatic diseases and palliative care»,**164**:43-49.
4. Barse AM, Higginbotham P, (2000) «Correlates of fatigue and following adjuvant breast cancer Chemotherapy»Oncol Nurse Forum **27**:1443-1448,
5. Βούρτση – Βλάχος, (1999), «Απεικονιστική διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού» , τόμος 16, τεύχος6, «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής».
6. Butler LD, Koopman C (2003) «Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients . Psychosomatic Med **65**:416-426
7. Chang EL, Lo S,(2003) « Diagnosis and management of central nervous system metastases from breast cancer» .The oncologist **8**:398-410, Chapman D &Goodman M, (1997) «Breast Cancer In Groenwald SI», Cancer nursing: Principles and practise 4 th edition, Toronto Canada pp916-979.
8. Δικτυακοί τόποι :”www.in gr” καθώς και “www.medlook.gr”
9. Dorval M, Taylor-Brown, (2001) « Marital stability after breast cancer» Nat Cancer Insist **91**:54-59.
- 10.Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών ,(1998), « Μετεκπεδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας» ,τόμος Α, Αθήνα Εκδόσεις :Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία .
- 11.Eriksson E, Laury S,(2000) «Participation of relatives in the care of cancer patients’» .Eur Oncol Nurs **4**:99-107.

12. Fialka –moser V , (2003)« Crevenna R Cancer rehabilitation, particularly with aspects on physical impairments» ,J Rehabil Med **35**:153-162
13. Gagnon B ,Mayo NE ,Hanley J et al,(2004)« Does age make difference in what happens to women with breast cancer» .J Clin Oncol
14. Ganz PA, Desmond KA, et al ,(2004) « Life after breast cancer»understanding Women health –Related Quality of life and Sexual functioning **16**:501-551 Grunfeld E, Coyle D et al «Family caregiver Burden» : results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers
15. Hull MM , (2000) «Lymipedema in women treated for breast cancer», Sem Oncol Nurs **16**:226-237
16. Καρβέλας Φ. , (1995), «Παράγοντες κινδύνους στον Καρκίνο του μαστού» τόμος 57, τεύχος 1, Περιοδικό «Ιατρική».
17. Keeling DI, Jone E et al «Some pragmatic implications for health care professionals», Nurs: **23**:76-81
18. Keller M, Fall P,(2005) « Optimizing Quality of life», Supplements 105:9-15
19. Knobf MT,(2002) «Carrying On: the experience of premature menopause in women with early stage breast cancer» . Nurs Res 51:9-17
20. Knoop T, (2000) « Educational and psychosocial issues related to new treatment advances for metastatic breast cancer». Sem Oncol Nurs **16**:18-22 Kornblith A, Ligibel J, (2003) « Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer» Seminar Oncol **30**:799-813
21. Κόνιαρη Ε., (1998), «Το βιβλίο του μαστού», Αθήνα
22. Kristjanson Lj, Woodgate R,(2004) :Information and support needs of adolescent women with breast cancer Oncol Nurs Forum 31:111-119
23. Κυρίτση Ε ,(1999)« Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενής με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας».Νοσηλευτική 2:151-155,

24. Λαβδανίτη Μ, « Η κόπωση στις γυναίκες με καρκίνο μαστού που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία». Διδακτορική διατριβή Αθήνα Πανεπιστήμιο Αθηνών ,2003.
25. Lagman RL, Danis MP et al ,(2005) « Common symptoms in advanced cancer ».Surg Clin N Am ,**85**:237-255
26. Marse H ,Van Custem et al,(2004) « Management of adverse events and other practical considerations in patients receiving capecitabine » ,(xeloda) Eur Oncol Nurs **8**:16-30
27. Mc Cready T,(1998) « Management of patient with breast cancer».
28. Μπούτης, Λ « Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού ,(1999),Σεμινάριο. Θέμα « Επιδημιολογία και θεραπευτικός αλγόριθμος του καρκίνου του μαστού», , Σαντορίνη.
29. National Breast cancer centre (USA),(2001) «Advanced Breast cancer working group» :Clinical practise guidelines for the management of advancer breast cancer .pp 67-118 Nursing Standard **17**:425-431
30. Παπαδάτου Δ,(1999) «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας». Ελληνικά Γράμματα ,σελ.146-160
31. Παπαδόπουλος Λ., – Φαχαντίδης Ε., - Κώτσης Α., (1997), 29 Οκτωβρίου – 1 Νοεμβρίου, Θεσ/νίκη. Πρακτικά «3^{ου} Συνεδρίου Χειρουργικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος».
32. Παπανικολάου Ν., - Παπανικολάου Α., (1994), «Γυναικολογία», Τόμος Ι, 3^η έκδοση.
33. Pascarella JV,(1997) «Depressive phenomena, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer». Nurs Res **46**:214-221
34. Πατηράκη-Κουρμπάνη,(2000) «Προτεραιότητες στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών»:Η ανακούφιση του χρόνιου πόνου Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης ΠΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας».
35. Payne R, Medina E,(2003) «Quality of life concerns in patients with breast cancer». Cancer **97**:311-317
36. Πινακίδης Μ., - Μπούτης Λ., (1993), «Καρκίνος μαστού», Θεσ/νίκη, Εκδόσεις : University Studio press A.E.

37. Ross DD, Alexander CS,(2001) «Management of common symptoms in terminally ill patients».Am FAM Phys **64**:807-814
38. Rogers M, Kristjanson LJ,(2002) « The impact of sexual functioning of chemotherapy induced menopause in women with breast cancer». Cancer Nursing **25**:57-65
39. Sammarco A,(2001) «Psychosocial stages and quality of life in women with breast cancer» . Cancer Nurs **24**:272-277.
40. Santiago-Palma J, Payne R,(2001) « Palliative Care and Rehabilitation. Cancer» **92**:1049-1052
41. Schover LR, Tuason LJ, et al, (1995) « Partial mastectomy and breast reconstruction»: Cancer **75**:54-64
42. Spiegel D, 1997 « Psychosocial aspects of breast cancer Treatment »: Sem Oncol **24**:36-47
43. Taylor JE, (2003) « Nurse caring for the spirit: with cancer and family care givers expectations »: Oncol Nurs Forum **30**:585-590,
44. Τσιρλιάγκος Α,(2004) «Χειρουργική » Α.Τ.Ε.Ι Θεσ/νίκης ,Α έκδοση
45. Urie J, Mc Arthue, et al, (2000) «Palliative Care»: Pharmaceutical J, **265**:603-614Vivar CG, Mc Queen A, (2005) «Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer» J, Adv Nurs **51**:520-528
46. Von Roenn JH, Paice JA,(2005) « Control of common non pain-cancer symptoms ». Sem Oncol, **32**:200-210
47. Vos Pj, Visser Ap, et al, (2006) « Effects of delayed psychosocial interventions for women with early breast cancer» .**60**:212-219
48. Watson M, Ashley S et al,(2006) « Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients». Br J cancer **94**:43-50, 2006.
49. Wengstrom Y, Forsberg C, (2001) « Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer receiving radiation therapy» .Eur J Oncol Nurs **4**: 264-271
50. William AF, Franks PJ, (2005) « Lympedema estimating in the size of the problem» .Palliat Med 19:160-167