



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

ΜΙΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ Msc

Πανεπιστημιακός υπότροφος

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΠΟΥΤΟΥ

Φοιτήτρια

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Μπρέντα Γεωργία για την καθοδήγηση της με τις πολύτιμες συμβουλές της και την ψυχολογική υποστήριξη της...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	10
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	11
1.2.1 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ	11
1.2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ.....	12
1.2.3 ΝΕΥΡΩΣΗ.....	13
1.2.4 ΜΥΕΣ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
1.2.5 ΑΓΓΕΙΩΣΗ	13
1.2.5.1 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ	13
1.2.5.2 ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ	14
1.2.5.3 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ	15
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΑΣΤΟΥ.....	18
1.3.1 ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ.....	18
1.3.2 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ.....	18
1.3.3 ΓΑΛΟΥΧΙΑ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ.....	19
1.3.4 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	23
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	23
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	24
2.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	25

2.2.1. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	26
2.2.2. ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΟΣ	26
2.2.3. ΦΥΛΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	26
2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	27
2.2.7. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	27
2.2.8. ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	27
2.2.9. ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	29
ΟΡΙΣΜΟΣ-ΕΙΚΟΝΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	29
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	30
3.2. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	30
3.2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΧΗΜΑ TNM	33
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	35
3.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	39
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	39
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	40
4.2 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ.....	40
4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ	41
4.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	42
4.5 ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	43
4.6 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ DOPPLER ΜΑΣΤΟΥ.....	44
4.7 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	44
4.8 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	45
4.9 ΒΙΟΨΙΑ.....	45
4.10 ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΩΝ.....	46

4.11ΓΟΝΙΔΙΑΚΟ TEST	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	47
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	47
5.1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	48
5.1.1. ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.....	49
5.1.2. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.....	50
5.1.3. ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	50
5.1.4. ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	51
5.1.5. ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ	51
5.1.6. ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ.....	52
5.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
5.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	55
5.4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
5.5 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	61
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	61
6.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	62
6.2 ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	62
6.2.1 ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ	62
6.2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	64
6.2.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	68
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	68
7.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	69
7.2.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	69
7.2.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	70
7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	72

7.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	74
7.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	75
7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	78
7.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	80
7.7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α.....	80
7.7.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β.....	90
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	102
SUMMARY	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύεται ένα θέμα το οποίο παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον καθώς έχει πολλές διαστάσεις και σχετίζεται με μια ασθένεια η οποία φαίνεται να προσβάλλει στη σύγχρονη εποχή ένα αρκετά υψηλό ποσοστό γυναικών και είναι ο καρκίνος του μαστού. Αυτός ήταν και ένας από τους βασικότερους λόγους για τους οποίους επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα.

Παράλληλα σκεπτόμενη ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση του σε έναν αρκετά μεγάλο βαθμό θεώρησα ότι ήταν άλλος ένας λόγος για να μελετήσω και να αναλύσω την ασθένεια του καρκίνου του μαστού.

Τέλος, θεωρώντας ότι ως νοσηλεύτρια θα κληθώ να αντιμετωπίσω πολλά τέτοιου είδους περιστατικά και θα πρέπει να είμαι σε θέση να ανταπεξέλθω στις οποιεσδήποτε συνθήκες επέλεξα την μελέτη και την ανάλυση αυτού του θέματος καθώς η καλύτερη ενημέρωση συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πρώτο καρκίνο που μαστίζει το γυναικείο φύλο. Στη σειρά κατάταξης βρίσκεται στην πρώτη θέση ενώ προσβάλλει μια στις δεκαπέντε γυναίκες καθιστώντας τη συγκεκριμένη ασθένεια μια απειλή για το γυναικείο φύλο.

Ωστόσο, παρά τις μεγάλες πιθανότητες εμφάνισης που παρουσιάζονται στο γυναικείο φύλο δημιουργείται ένα αισιόδοξο κλίμα καθώς η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση μπορούν να σώσουν ζωές. Παράλληλα, η ιατρική επιστήμη συνεχώς εξελίσσεται με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί ακόμα πιο σύγχρονοι τρόποι διάγνωσης πράγμα που σημαίνει ότι μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί.

Ταυτόχρονα, αξίζει να αναφερθεί ότι όλη η ιατρική κοινότητα μελετά και διερευνά τους παράγοντες κινδύνου και την αιτιοπαθογένεια της νόσου προκειμένου να προσδιοριστούν τα στοιχεία εκείνα που επηρεάζουν την εμφάνιση της ώστε να μειωθούν όσο περισσότερο γίνεται τα περιστατικά.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του εξειδικευμένου προσωπικού αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα μείωσης εμφάνισης αλλά και καλύτερης αντιμετώπισης των περιστατικών του καρκίνου του μαστού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο γυναικείος μαστός ήταν πάντα το σύμβολο θηλυκότητας και αποτελούσε πηγή έμπνευσης για πολλούς ζωγράφους. Κατά κύριο λόγο, χρησιμοποιήθηκε στην ζωγραφική και στην γλυπτική. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία γίνονται πολλές αναφορές για τον γυναικείο μαστό μέσα από συγγράμματα που σώζονται και μέσα από τους ρητορικούς φιλοσόφους.

Ένα παράδειγμα που είναι άξιο λόγου να αναφέρουμε είναι αυτό της παλλακίδας Φρύνης η οποία κολυμπούσε γυμνή και βρέθηκε κατηγορούμενη στην εκκλησία του Δήμου των Αθηνών για προσβολή της δημοσίας αιδούς. Οι δικαστές την αθώωσαν καθώς μετά από προτροπή του συνηγόρου της πέταξε το μανδύα της μένοντας γυμνή μπροστά τους και οι οποίοι θαμπώθηκαν από την ομορφιά του σώματος της.

Ακόμα ένα τρανταχτό παράδειγμα του κάλλους του γυναικείου σώματος και των μαστών, αποτέλεσε η κίνηση της βασίλισσας Γκοντίβα του Κοβέρντι, που για να πείσει το σύζυγο της να προσφέρει χρήματα στο λαό, εμφανίστηκε να κυκλοφορεί χωρίς τον μανδύα της επάνω σε ένα άλογο στη μέση της πόλης.

Στη σημερινή εποχή, ο μαστός συνεχίζει να συνδέεται με τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Η εικόνα που έχει η γυναίκα για το πώς πρέπει να είναι το στήθος της επηρεάζεται από το σύγχρονο τρόπο ζωής, δέχεται επιδράσεις από τα Μ.Μ.Ε. που ασυνείδητα δημιουργούν ένα συγκεκριμένο πρότυπο, το οποίο οι γυναίκες ακολουθούν.

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

1.2.1 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ

Ο μαστός στην ενήλικη γυναίκα βρίσκεται στην υποδόρια περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, μεταξύ του πλάγιου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής, από το δεύτερο μέχρι και το έκτο-έβδομο μεσοπλευρίο διάστημα. Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό, ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο υπάρχει προεκβολή προς τη μασχαλιαία κοιλότητα, γνωστή ως ουρά Spence. (Ιωαννίδου-Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007)

1.2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Ο γυναικείος μαστός αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και ανήκει στους δευτερεύοντες χαρακτήρες της γυναίκας. Είναι δυο ημισφαιρικά μορφώματα, τοποθετημένοι συμμετρικά στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και ανάμεσα τους αφήνουν τον *μεσομάστιο κόλπο* (Dekollete). Αυτός ο μεσομάστιος κόλπος, με την ισχυρή σύνδεση μεταξύ του δέρματος και του στέρνου, χωρίζει τον δεξιό από τον αριστερό μαστό. Προς τα κάτω σχηματίζει ο μαστός μία πτυχή, η οποία αποτελεί τα κάτω όρια του μαστού. Αντιθέτως ο μαστός προς τα άνω και προς τα πλάγια δεν εμφανίζει όρια, αφού ο μαστός απλώνεται απαλά. (Αναγνωστοπούλου, Κανέλος, 2001)

Στο κέντρο κάθε μαστού υπάρχει η θηλή και πέριξ αυτής η θηλαία άλω. Μορφή και το μέγεθος του γυναικείου μαστού, της θηλής του μαστού και της θηλαίας άλω παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις και εξαρτώνται από την ηλικία, από τη κατασκευή του σώματος, τη φυλή και την λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η διατροφή, η ενδυμασία, ακόμα η στάση επηρεάζουν τη μορφή του μαστού. Σε ύπτια θέση επιπεδώνεται ο μαστός και λαμβάνει ημισφαιρική μορφή. Σε όρθια στάση λαμβάνει σχήμα σταγόνας, και η πτυχή κάτωθεν του μαστού μετακινείται κατά 1-3 cm χαμηλότερα από ότι σε ύπτια θέση. (Μαρκόπουλος, 2007)

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε και μάλιστα, που θήλασε, είναι μαλακή. Είναι σημαντικό να τονισθεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Γι' αυτό ο γιατρός, που υπονιάζεται νεοπλασματική επεξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμία φορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση, για την ανακάλυψη όγκου σ' αυτούς.

1.2.3 ΝΕΥΡΩΣΗ

Το μακρό θωρακικό ή νεύρο του Bell εκφύεται από κλάδους των Α5-Α7. Νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ και κάκωσή του προκαλεί την «πτερυγοειδή» ωμοπλάτη (η ωμοπλάτη δεν προσάπτεται στο θωρακικό τοίχωμα όπως φυσιολογικά, αλλά κινείται προς τα έξω παν πτερύγιο). Θωρακοραχιαίο νεύρο: εκφύεται από τα Α6-Α8. Νευρώνει πλατύ ραχιαίο μυ. Έσω θωρακικό νεύρο: εκφύεται από τα Α8 και Θ1 και νευρώνει το μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ. Μεσοπλεύριο βραχιόνιο: εκφύεται από Θ1-Θ3 και νευρώνει το βραχίονα. Κάκωση του προκαλεί υπαισθησία και αναισθησία της έσω επιφάνειας του άνω βραχιονίου. (Ιωαννίδου-Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007)

1.2.4 ΜΥΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες της περιοχής του μαστού είναι: α) *ο μείζων θωρακικός μυς*: εκφύεται από τις έξω επιφάνειες της 3^{ης}, 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της κορακοειδούς αποφύσεως της ωμοπλάτης, β) *ο πρόσθιος οδοντωτός μυς*: συγκρατεί την ωμοπλάτη στο θωρακικό τοίχωμα. Εκφύεται από τα πλάγια των άνω 8 πλευρών και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της πλευρικής επιφάνειας της ωμοπλάτης, γ) *ο πλατύς ραχιαίος μυς*: είναι ο μεγαλύτερος μυς του ανθρώπινου σώματος με έκφυση από τις αποφύσεις του 7^{ου} θωρακικού σπονδύλου, των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων και κατάφυση στην αύλακα του δικέφαλου μυός του βραχιονίου οστού. (Αναγνωστοπούλου, Κανέλος, 2001)

1.2.5 ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

1.2.5.1 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που

αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες. (Μαρκόπουλος, 2007)

1.2.5.2 ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και διακρίνονται με γυμνό μάτι και μπορούν να φωτογραφηθούν και διακρίνονται στον εγκάρσιο και στον επιμήκη. (Buckman, 2000)

Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλευρίων φλεβών.

Έσω μαστικές φλέβες. Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες. Επειδή, οι έσω μαστικές οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες. (Αναγνωστοπούλου, Κανέλος, 2001)

Μασχαλιαίες φλέβες. Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η μασχαλιαία, είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγυλού μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν πρέπει τη μία από αυτές να την πάρουμε σαν ένα μεγάλο κλάδο της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα. (Ιωαννίδου-Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007)

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν τη δεύτερη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

Μεσοπλεύριες φλέβες. Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς. (Buckman, 2000)

Σπονδυλικές φλέβες. Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μετάσταση στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του. (Μαρκόπουλος, 2007)

1.2.5.3 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Το λεμφικό σύστημα αποτελείται από λεμφαγγεία και λεμφογάγγλια. Η πορεία των λεμφαγγείων είναι ανεξάρτητη από τα αιμοφόρα αγγεία και χαρακτηρίζεται για κάθε όργανο. Η γνώση των λεμφαγγείων είναι σημαντική για τον ασχολούμενο με την χειρουργική ιατρό, αλλά και για κάθε ειδικότητα.

Τα λεμφογάγγλια είναι πολυάριθμα σχηματίζουν δίκτυα και αναστομώνονται μεταξύ τους. Ένα από τα δίκτυα αυτά ευρίσκεται μέσα στο δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω και εκβάλλει σε ένα άλλο δίκτυο, το οποίο ευρίσκεται κάτω από την θηλαία άλω. Τα λεμφαγγεία, τα οποία ευρίσκονται στο βάθος αρχίζουν γύρω από τις αδενοκυψέλες, φέρονται κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, συγκλίνουν προς την θηλή του μαστού και αναστομώνονται κάτω από την θηλαία άλω. Από τα δίκτυα αυτά εξορμούνται απαγωγά λεμφαγγεία, εκ των οποίων τα περισσότερα φερόμενα προς τα έξω εκβάλλουν διαμέσου της θωρακικής και υποπλατίου ομάδας στην ομάδα των μασχαλιαίων λεμφογάγγλια. Άλλα λεμφαγγεία εκβάλλουν απευθείας στα μεσοπλεύρια λεμφογάγγλια. Τα λεμφογάγγλια ή λεμφαδένες παριστάνουν τα σπουδαιότερα και τα περισσότερα των λεμφοκυτογόνων οργάνων, τα οποία, διεσπαρμένα σε ολόκληρο το σώμα, παρεμβάλλονται κατά τη διαδρομή των λεμφαγγείων κατά τρόπον ώστε η λέμφος να διέρχεται υποχρεωτικά διαμέσου αυτών. Το μέγεθος των λεμφογαγγλίων είναι περίπου μισού μπιζελιού. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες είναι μαλακά και δεν ψηλαφώνται. Σε φλεγμονώδεις

καταστάσεις ή σε όγκους τα λεμφογάγγλια διογκώνονται και ψηλαφώνται σκληρά και επώδυνα. (Ιωαννίδου-Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007)

Η λέμφος παριστάνει ένα υποκίτρινο υγρό, το οποίο μέσω των λεμφοφόρων τριχοειδών και των λεμφαγγείων φέρεται από τους ιστούς προς τα λεμφογάγγλια, όπου υφίσταται μία κάθαρση και στην συνέχεια με τις μεγάλες φλέβες εισέρχεται τελικά στην κυκλοφορία του αίματος. Αποτελείται από το πλάσμα και τα ελεύθερα κύτταρα.

Το πλάσμα της λέμφου έχει περίπου την ίδια σύνθεση όπως και το πλάσμα του αίματος, τα δε ελεύθερα κύτταρα, τα λεμφοκύτταρα, αιωρούνται μέσα στο πλάσμα. Τα λεμφαγγεία έχουν μεγάλη σημασία σε φλεγμονώδεις και νεοπλασματικές διεργασίες, διότι μέσω αυτών μεταφέρονται τα παθολογικά κύτταρα. Τα λεμφογάγγλια επί του προκειμένου είναι τα φίλτρα, διότι κατακρατούν τα παθολογικά κύτταρα και με τον τρόπον αυτό απαλλάσσουν τον υπόλοιπο οργανισμό από τα παθολογικά αυτά στοιχεία. (Buckman, 2000)

Τα λεμφογάγγλια έχουν ως σημαντική αποστολή την άμυνα του οργανισμού κατά των νεοπλασματικών κυττάρων. Είναι σε θέση να κατακρατούν νεοπλασματικά κύτταρα και με τον τρόπον αυτό να αποσοβούν μεταστάσεις. Επίσης έχουν σημασία για τη διάγνωση παθολογικών μεταβολών των οργάνων του σώματος. Σε κάθε ομάδα λεμφογαγγλίων αντιστοιχεί μία συγκεκριμένη περιοχή. Αυτή η αντιστοιχία επιτρέπει στον ιατρό να βγάζει τα συμπεράσματά του για τις συγκεκριμένες περιοχές. (Μαρκόπουλος, 2007)

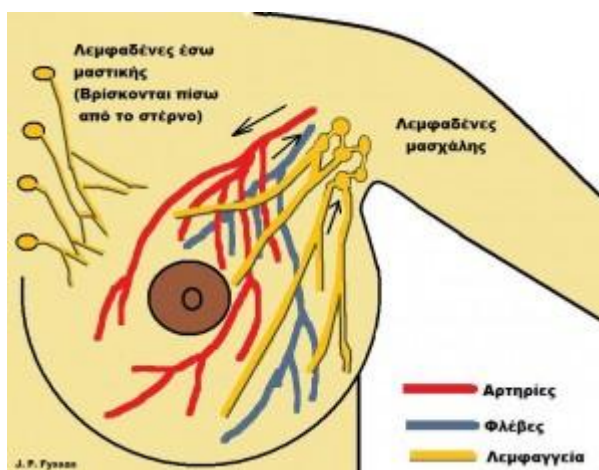
Η ροή της λέμφου από τους μαστούς ακολουθεί τρεις οδούς:

- Ø Μέσω της μασχालιαίας κοιλότητας. Αυτή η οδός είναι η σημαντικότερη, διότι η λεμφική αυτή οδός αφορά το μεγαλύτερο τμήμα του μαστού. Οι αντίστοιχοι λεμφαδένες της μασχालιαίας κοιλότητας είναι εύκολα προσπελάσιμοι στον χειρουργό. Η ιστολογική εξέταση αυτών από τον παθολογοανατόμο είναι ένα σημαντικό κριτήριο για την ταξινόμηση μιας νεοπλασματικής διεργασίας.
- Ø Μέσω της λεμφικής οδού κάτωθεν και άνωθεν της κλείδας. Αυτή η οδός αφορά το άνω έσω τεταρτημόριο του μαστού. Τα αντίστοιχα λεμφογάγγλια είναι δύσκολα προσπελάσιμα στον χειρουργό και για τον λόγο αυτό σε σπάνιες περιπτώσεις αφαιρούνται.
- Ø Μέσω της λεμφικής οδού στην εσωτερική επιφάνεια του στέρνου. Αυτή η οδός απάγει κύτταρα από αμφοτέρωτα τα έσω τεταρτημόρια του μαστού. Οι αντίστοιχοι λεμφαδένες ευρίσκονται μέσα στο κύτος του θώρακα, πίσω από

το στήρνο και είναι προσπελάσιμοι από τον χειρουργό, μόνο όταν διανοιχθεί ο θώρακας. (Αναγνωστοπούλου, Κανέλος, 2001)

Τα λεμφογάγγλια, τα οποία αφαιρεί ο χειρουργός σε μία “τυπική” εγχείρηση μαστού, ταξινομεί ο χειρουργός σε επίπεδα:

- Επίπεδο I: Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας.
- Επίπεδο II: Λεμφαδένες στο τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.
- Επίπεδο III: Υποκλείδιοι λεμφαδένες.



Εικόνα 1: Ανατομία και λειτουργία μαστού

[\(http://www.e-mastology.gr/o-mastos-kai-oi-pathiseis-tou/anatomia-kai-leitourgia-tou-mastou/\)](http://www.e-mastology.gr/o-mastos-kai-oi-pathiseis-tou/anatomia-kai-leitourgia-tou-mastou/)

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Η διάμετρος του γαλακτοφόρου πόρου είναι από 0,4-0,7 εκατοστά. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους.

Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρουσιάζονται στο μαστό κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας ως προς τη δομή, τη λειτουργία και την ανάπτυξη του σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την εμμηνόπαυση, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία. (Buckman, 2000)

1.3.1 ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ

Όταν αρχίσει η εμμηνόρρυσια οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

Το μέγεθος του μαστού της γυναίκας αυξάνεται μόλις ξεκινήσει ο έμμηνος κύκλος ενώ ο όγκος του παρουσιάζει αύξηση μέχρι και 50%. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι γνωστοί οι λόγοι για τους οποίους αυξάνεται το μέγεθος του μαστού. Πιθανολογείται όμως ότι δύναται να οφείλεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία.

Το μέγεθος του μαστού μειώνεται με την έναρξη της έμμηνου ρύσεως καθώς και η αγγειακή συμφόρηση αλλά και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν. Τέλος, άλλο ένα χαρακτηριστικό του μαστού στην έμμηνο ρύση είναι η ευαισθησία. (Creagan, 2006)

1.3.2 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια. Ορισμένα λόβια διατηρούνται, άλλα είναι μικρότερα, ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι και οι γαλακτοφόροι πόροι. (Φύσσας, 2006)

Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μια ομοιογενή μάζα, ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λόβια εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδεις ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα

ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή. (Μαρκόπουλος, 2008)

1.3.3 ΓΑΛΟΥΧΙΑ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψέλων του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση των εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών (τα λιπίδια με μεταφορά και συνοδό ελάττωση του κυτταροπλάσματος, ενώ οι πρωτεΐνες με εξωκύττωση από τη κορυφή του κυττάρου), απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθυλικών κυττάρων.

Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Όταν ο θηλασμός σταματήσει τα παραμένοντα στις αδενοκυψέλες προϊόντα του γάλακτος επαναφέρονται και το παρέγχυμα του μαστού κατά ένα μεγάλο μέρος αντικαθίσταται από λιπώδη και συνδετικό ιστό. (Creagan, 2006)

Στη γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

1.3.4 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΟΣ

Οξυτοκίνη

Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης, που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακουλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκριση της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό και στη μήτρα αυξάνουν κατά τον τοκετό.

Η οξυτοκίνη αντιδρά με τα μυεπιθηλιακά κύτταρα που προσφύονται στη βασική μεμβράνη των αδενοκυψελών και κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, προκαλεί φωσφορυλίωση της μυοσίνης και κατά συνέπεια σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και εξώθηση του γάλακτος. Η δράση της αυτή επιτυγχάνεται καλύτερα με ώσεις, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία του περιοδικού ερεθισμού της θηλής κατά τον θηλασμό σαν ερέθισμα για την έκκριση γάλακτος (γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό).

Η απελευθέρωση της οξυτοκίνης διεγείρεται από την επινεφρίνη και την ντοπαμίνη, ενώ αντίθετα οι αποκλειστές των α -αδρενεργικών και ντοπαμινεργικών υποδοχέων καταστέλλουν το γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό. (Μαρκόπουλος, 2008)

Προλακτίνη

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

Αντίθετα τα οιστρογόνα σε χαμηλές δόσεις και σε μακροχρόνια χορήγηση φαίνεται ότι αναστέλλουν τη δράση της ντοπαμίνης στα προλακτινοπαραγωγά κύτταρα, προκαλώντας υπερτροφία των υποφυσικών κυττάρων και αυξάνοντας τα επίπεδα της προλακτίνης τόσο στην υπόφυση όσο και στο πλάσμα. (Φύσσας, 2006)

Το ασβέστιο, η TRH (Thyrotrophin Release Hormone) και το stress προάγουν την ηλεκτρική δραστηριότητα στα προλακτινοπαραγωγά κύτταρα, καθώς και την έκκριση προλακτίνης, ενώ οι ανταγωνιστές των οπιούχων τις καταστέλλουν. Οι φαινιδιαζίνες αναστέλλοντας τη σύνθεση της ντοπαμίνης προάγουν την παραγωγή γάλακτος.

Η προλακτίνη είναι η κύρια ορμόνη που προάγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού. Δρα μέσω υποδοχέων που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων του μαστού. Ο αριθμός των υποδοχέων δεν είναι σταθερός, αλλά σχετίζεται με τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό. Αύξηση ή ελάττωση των υποδοχέων της προλακτίνης μεταβάλλουν την ευαισθησία των κυττάρων ως προς τη παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση

του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης. Στα κύτταρα του μαστού η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του mRNA της καζεΐνης (κύρια πρωτεΐνη του γάλακτος), όπως επίσης και τη σύνθεση λιπαρών οξέων μεσαίας αλύσου (χαρακτηριστικό της γαλουχίας). (Μαρκόπουλος, 2008)

Πλακουντιακό γαλακτογόνο

Αποτελεί τις γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης. (Φύσσας, 2006)

Οιστρογόνα

Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Στο μαζικό αδένια ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη – υποδοχέας μετακινείται στον πυρήνα. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαζικού αδένια και έτσι σταματούν τη γαλουχία. Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού.

(Μαρκόπουλος, 2008)

Προγεστερόνη

Εμποδίζει την άθροιση εκείνων των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για την παραγωγή γάλακτος.

Κορτικοστεροειδή

Είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας.

Ινσουλίνη

Παίζει σημαντικό ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Προσταγλανδίνες

Πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό. (Μαρκόπουλος, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΚΑΡΚΙΝΟΣ
ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες. Με βάση τη Διεθνή Έκθεση για την ασθένεια του καρκίνου που έγινε στη Γενεύη της Ελβετίας τον Απρίλιο του 2003, καταγράφηκαν περίπου 1.000.000 νέα περιστατικά παγκοσμίως (*IARC International Agency for Research on Cancer*).

Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. εμφανίζονται πάνω από 200.000 περιστατικά καρκίνου του μαστού ενώ στην Ελλάδα γίνεται διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας σε περίπου 4.500 γυναίκες. Με βάση στατιστικές μελέτες έχει υπολογιστεί ότι 1 στις 8 γυναίκες στην Αμερική και 1 στις 9 στην Ευρώπη θα νοσήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Από αυτές τις γυναίκες με ποσοστό 30% υπάρχει ο παράγοντας της κληρονομικότητας στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Στην χώρα μας παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού 1 στις 12 γυναίκες. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα διαπιστώνεται ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα παρουσιάζει επιδημικές διαστάσεις. (Κρεατσάς, 2002)

Οι πιθανότητες να παρουσιάσει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής της αγγίζει το 13%. Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια αυτό το πρόβλημα έχει παρουσιάσει αύξηση περίπου 1-2% κάθε χρόνο. Επιπλέον, περίπου 1.000.000 γυναίκες παγκοσμίως χάνουν την ζωή τους από καρκίνο του μαστού. Στις ανεπτυγμένες χώρες το 23% των κακοηθών νεοπλασμάτων των γυναικών αφορά τον καρκίνο του μαστού.

Με βάση στατιστικές μελέτες, γίνεται διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο στο 60% των περιστατικών. Το συγκεκριμένο ποσοστό στην Ελλάδα δεν είναι πάνω από 5%. Δυστυχώς με αυτό επιβεβαιώνεται η μη οργανωμένη και λειπή ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού στην χώρα μας στο συγκεκριμένο ζήτημα. (Δημητρακάκης, 2000)

Τα προαναφερθέντα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί ο καρκίνος του μαστού μέσα από τους προληπτικούς ελέγχους και την αυτοεξέταση τόσο μεγαλώνει το ποσοστό των γυναικών που μπορούν να τον αντιμετωπίσουν με μεγάλη επιτυχία.

Στην δεκαετία του 1990 παρατηρείται μείωση των ποσοστών θανάτου από καρκίνο του μαστού με πιο χαμηλά ποσοστά στις γυναίκες κάτω των 50 ετών. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η μείωση αυτή οφείλεται στην άμεση διάγνωση του καρκίνου του μαστού και στην γρήγορη αντιμετώπιση του. Οι προληπτικοί έλεγχοι

και συγκεκριμένα η μαστογραφία καθώς και η ανάπτυξη και η βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων συμβάλλουν στην μείωση των ποσοστών θανάτου. Επίσης πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει συνεχής αύξηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν με επιτυχία τον καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα, στις ΗΠΑ από το 2006 περίπου 2,5 εκατομμύρια γυναίκες αντιμετώπισαν με επιτυχία την συγκεκριμένη ασθένεια.

Στην χώρα μας, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού και ταυτόχρονα η πιο βασική αιτία θανάτου. Επιπλέον, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού κατά μέσο όρο είναι 1.151 θάνατοι ανά έτος και εδώ πρέπει να πούμε ότι το συγκεκριμένο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης είναι χαμηλό.

Συγκρίνοντας το αντίστοιχο ποσοστό θνησιμότητας στην Ιαπωνία και σε άλλες χώρες της Ασίας τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα υψηλά. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ελλάδα παρουσιάζεται αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού με ποσοστό 4% το χρόνο. Τέλος, στην χώρα μας στις αστικές περιοχές η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι 60% μεγαλύτερη απ' ό τι στις αγροτικές περιοχές.

2.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι ένα φυσικό ον που βρίσκεται σε ένα περιβάλλον με το οποίο συνεχώς αλληλεπιδρά. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχει επιφέρει αλλαγές στην σχέση που έχει ο άνθρωπος με το περιβάλλον του. Αυτό σημαίνει ότι ο ανθρώπινος παράγοντας, έχει επέλθει στην φύση και στο περιβάλλον με αποτέλεσμα να έχει διαμορφωθεί σε μεγάλο βαθμό η αλληλεπίδραση που υπήρχε και να αναπτύσσονται όλο και περισσότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί οι οποίοι είναι πολλοί επικίνδυνοι για την δημόσια υγεία. Λόγω της παρέμβασης του ανθρώπου στο περιβάλλον ενισχύονται ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι κατά κύριο λόγο για την εμφάνιση της ασθένειας του καρκίνου. (Creagan, 2006)

2.2.1. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχουν αναγνωρισθεί συγκεκριμένα γονίδια στο DNA των γυναικών τα οποία προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1, BRCA2 και P53 αυξάνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού κατά 20 φορές περισσότερο έως την ηλικία των 60 ετών, από ότι σε γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας χωρίς την παρουσία των γονιδίων. Ενώ μεταλλάξεις στα γονίδια CHEK2 και ATM διπλασιάζουν την πιθανότητα αυτή. Η γενετική προδιάθεση, αφορά σχετικά μικρό ποσοστό γυναικών με νόσο. Σε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, γενετική προδιάθεση υπάρχει μόνο σε 5 έως 7 γυναίκες.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι διπλάσιος στις γυναίκες που έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών και τριπλάσιος όταν οι συγγενείς πρώτου βαθμού είναι δύο. (Κρεατσάς, 2002)

2.2.2. ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΟΣ

Η ηλικία της γυναίκας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια με πιθανότητα 0,2% να αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25-30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται κατά την πάροδο της ηλικίας.

Όσον αφορά το βάρος, το ¼ των ατόμων που έχασαν την ζωή τους λόγω του καρκίνου παρουσίαζαν μεγάλη αύξηση βάρους. Οι πιθανότητες να εμφανιστεί καρκίνος της κύστεως και της μήτρας αυξάνεται για τα άτομα που έχουν βάρος πάνω από το 25% του φυσιολογικού. (Δημητρακάκης, 2000)

2.2.3. ΦΥΛΗ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στη Δυτική Ευρώπη απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρειο Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από ότι στη Ασία και στην Αφρική. Στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται

σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.

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

2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου αποτελεί έναν παράγοντα που δύναται να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Καθώς η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες οι οποίες αναζητούσαν τα αίτια που προκαλούν καρκίνο και τα οποία σχετίζονται με τους κοινωνικούς παράγοντες. Ένα από τα συμπεράσματα ήταν ότι η ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αναπτύξει ή όχι τον καρκίνο στον ανθρώπινο οργανισμό. Παράλληλα, αν και δεν έχει διευκρινισθεί ο λόγος αλλά έρευνες καταδεικνύουν ότι ο καρκίνος μαστού είναι πιο συχνός στις γυναίκες με καλύτερη οικονομική κατάσταση και καλύτερη μόρφωση. (Creagan, 2006)

2.2.7. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

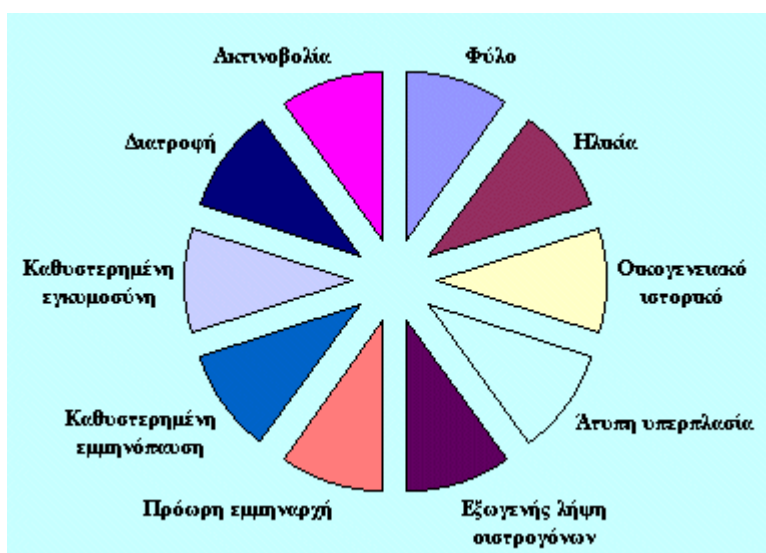
Παράγοντας κίνδυνου αποτελεί η πρώτη πλήρης κύηση μετά τα 30. Αντίθετα, η πρώτη πλήρης κύηση σε νεαρή ηλικία και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες.

2.2.8. ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Οι διατροφικοί παράγοντες αποτελούν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου. Η αυξημένη κατανάλωση λιπαρών τροφών, κόκκινου κρέατος σε συνδυασμό με καθιστική ζωή και έλλειψη άσκησης. Σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται τα οινοπνευματώδη, οι πρόσθετες ουσίες που βρίσκονται στα τρόφιμα καθώς και το λίπος που παίρνει ο ανθρώπινος οργανισμός είτε το θέλει είτε όχι. Οι βελτιωτικές ουσίες που βρίσκονται πρόσθετες στα τρόφιμα για να είναι καλύτερο το χρώμα, το άρωμα και η γεύση τους αποτελούν αρκετές φορές το λόγο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. (Δημητρακάκης, 2000)

2.2.9. ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

Τα περισσότερα αντισυλληπτικά χάπια περιέχουν οιστρογόνα, ο ρόλος των οποίων στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχει καταδειχτεί ποικιλοτρόπως. Παρ' όλα αυτά, οι μελέτες που αφορούν στη συσχέτιση καρκίνου του μαστού και αντισυλληπτικών χαπιών δεν έχουν συμπεράνει κάποια ισχυρή αλληλεπίδραση φαίνεται πως η χρήση των εν λόγω χαπιών δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ακόμη πιστεύεται, πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού. (Δημητρακάκης, 2000)



Εικόνα 2: Παράγοντες προδιάθεσης

<http://www.care.gr/post/6281/as-milisoume-gia-ton-karkino-tou-mastou>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΟΡΙΣΜΟΣ-ΕΙΚΟΝΑ-
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο καρκίνος είναι η κυτταρική νόσος η οποία προκαλείται από παθολογικά κύτταρα της, στους ιστούς του ανθρώπινου σώματος. Η νοσολογία του καρκίνου εμφανίζεται σε πάνω από εκατό εκφάνσεις με κοινό στοιχείο την μη φυσιολογική ανάπτυξη των κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά που δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά επικεντρώνονται σε κάποιο όργανο του ανθρώπινου σώματος με αποτέλεσμα να προκαλούν την καταστροφή των υγιή κυττάρων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επεκτείνεται ο καρκίνος και σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος. (Κρεατσάς, 2002)

Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού εστιάζεται στους γαλακτοπαραγωγούς αδένες του μαστού ή τους γαλακτοφόρους πόρους. Η λειτουργία των γαλακτοφόρων πόρων είναι να μεταφέρουν το γάλα της θηλής. Το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι το διάστημα στο οποίο ο καρκίνος βρίσκεται στο λιπώδη ιστό του μαστού. Στην συνέχεια, υπάρχουν πιθανότητες να γίνει εξάπλωση του της υποκείμενους ιστούς του θωρακικού τοιχώματος και τότε έχουμε έναν τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού και αργότερα μπορεί να εξαπλωθεί και σε άλλα όργανα στο σώμα οπότε μιλάμε για έναν μεταστατικό καρκίνο του μαστού. (Harvard Medical School, 2005)

Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος είναι μια νόσος με εκατό διαφορετικούς τύπους που όσο διαρκεί, τα κύτταρα νοσούν και πολλαπλασιάζονται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Τα κύτταρα αυτά συνωστίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο στο ανθρώπινο σώμα με αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα υγιή κύτταρα. Ο πολλαπλασιασμός των ασθενών κυττάρων οδηγεί στην ολική αδρανοποίηση του οργάνου που έχει προσβληθεί και στην επέκταση της ασθένειας σε άλλα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος.

3.2. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία ετερογενή ομάδα παθολογικών καταστάσεων. Οι περισσότεροι είναι αδenoκαρκινώματα και υποδιαιρούνται με βάση τη μικροσκοπική της εμφάνιση σε πορογενείς (εξορμώνται από το επιθήλιο) και λοβιακούς (εξορμώνται από τα λοβίδια). Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους καρκίνους του μαστού, εξορμώνται από τους τελικούς πόρους.

Υπάρχει διαφορά στην πρόγνωση των διαφόρων ιστολογικών τύπων. Παρόλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι ευρέως γνωστό το πώς θα ανταποκριθεί ο κάθε τύπος στα θεραπευτικά μέσα. Αυτό γίνεται διότι στα διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα δεν γίνεται ομαδοποίηση των ασθενών με βάση τον ιστολογικό τύπο καρκίνου του μαστού από τον οποίο νοσούν. (Δημητρακάκης, 2000)

Πορογενής διηθητικός καρκίνος του μαστού

Δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά και γι' αυτό αναφέρεται ως πορογενής διηθητικός μη ειδικού τύπου (μ.ε.τ.). Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος και αποτελεί το 50% - 75% των διηθητικών καρκίνων μαστού. Ο συγκεκριμένος τύπος παρουσιάζει τη φτωχότερη πρόγνωση, συγκριτικά με της της τύπους.

Μυελοειδής καρκίνος του μαστού

Ο μυελώδης καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5%-7% όλων των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Είναι μια μαλακή μάζα σε σχήμα σφαίρας με καλά περιγεγραμμένα όρια που μπορεί να είναι σαν ένα ιναδένωμα. Η πρόγνωση που παρουσιάζεται στον συγκεκριμένο τύπο είναι ιδιαίτερα μεγάλη.

Βλεννώδης καρκίνος του μαστού

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου αντιπροσωπεύει το 1,5% - 5% των καρκίνων του μαστού. Ως επί το πλείστον εμφανίζεται σε μεγάλες ηλικίες και αναπτύσσεται αργά. Πρόκειται για έναν μαλακό όγκο, καλά περιγεγραμμένο, χωρίς κάψα και με ζελατινώδη εμφάνιση. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται μαζί με τον πορογενή διηθητικό. Χαρακτηρίζεται από ευνοϊκή πρόγνωση. (Μπανκουσλί, 2008)

Θηλώδης καρκίνος του μαστού:

Αντιπροσωπεύει το 0,3%-3% των καρκίνων μαστού. Δεν είναι εύκολο να διακριθεί από της καλοήθεις θηλώδεις βλάβες. Σε γενικές γραμμές εμφανίζεται σε έγχρωμες γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και βασικό χαρακτηριστικό του είναι η έκκριση από τη θηλή. Χαρακτηρίζεται της από βραδεία ανάπτυξη και αποτελεί έναν καλά περιγεγραμμένο όγκο, εύθραυστο που αιμορραγεί. Η πρόγνωση του είναι μεγάλη.

Σωληνώδης καρκίνος του μαστού

Αντιπροσωπεύει το 9% των καρκίνων του μαστού. Η μάζα του δεν είναι σαφώς περιγεγραμμένη κι η σύσταση του είναι ιδιαίτερα σκληρή. Διακρίνεται δύσκολα από τον πορογενή διηθητικό καρκίνο του μαστού και επίσης είναι πιθανό να βρίσκεται

μαζί με in situ καρκινώματα. Η πρόγνωσή του είναι εξαιρετική.

Διθητικός λοβιακός καρκίνος του μαστού

Αντιστοιχεί στο 5% - 10% των καρκίνων του μαστού. Ο όγκος χαρακτηρίζεται από μια σκληρή περιοχή χωρίς σαφή όρια σε αντίθεση με τον όγκο του πορογενούς διθητικού καρκίνου. Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου μπορεί να είναι είτε πολυκεντρικός πράγμα που σημαίνει ότι είναι πιθανό να αναπτυχθούν όγκοι σε πάνω από ένα τεταρτημόριο του ίδιου μαστού είτε αμφοτερόπλευρος. Η πρόγνωση του είναι η ίδια με τον πορογενή διθητικό μ.ε.τ.. Παρόλα αυτά υπάρχει διαφορετική προτίμηση της θέσεις των μεταμοσχεύσεων. Η προτίμηση του πορογενούς καρκίνου είναι στα οστά, της πνεύμονες, στο ήπαρ και στον εγκέφαλο ενώ του λοβιακού της μήνιγγες, της ορώδεις επιφάνειες και σε της μη συνηθισμένες θέσεις.

Μη διθητικός καρκίνος του μαστού

Ο καρκίνος in situ χαρακτηρίζει από δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες οι οποίες είναι ο πορογενής και ο λοβιακός καρκίνος in situ. Αυτά αποτελούν νεοπλάσματα που η ανάπτυξη της γίνεται εντός πόρων ή λοβείων και δεν διασπών τη βασική μεμβράνη, όταν γίνεται εξέταση με το φωτονικό μικροσκόπιο.

Με βάση έρευνες και μελέτες που έχουν διεξαχθεί οι συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου εμφανίζονταν εξαιρετικά σπάνια πριν το 1970 με ποσοστό 0,5% - 5% σε αντίθεση με σήμερα που έχει παρουσιαστεί αύξηση των μη διθητικών καρκίνων με ποσοστό 20%.

Δεν είναι γνωστό μέχρι και σήμερα αν όλοι οι καρκίνοι in situ έχουν παρουσιάσει εξέλιξη σε διθητικούς. Σε αρκετά περιστατικά οι καρκίνοι αυτοί αντιμετωπίζονται ανάλογα με την άποψη του εκάστοτε θεράποντος ιατρού.

Πορογενής καρκίνος in situ

Ο πορογενής καρκίνος in situ αποτελεί μια μαστογραφική αλλοίωση παρά μια ψηλαφητή μάζα ή ένα αιμορραγικό έκκριμα της θηλής. Στη μαστογραφία παρουσιάζεται με τη μορφή μικροαποκτανώσεων.

Όσον αφορά την μορφοποίηση του συγκεκριμένου τύπου, γίνεται υποδιαίρεση σε διάφορους τύπους που είναι ο φαγεσωρικός, ο θηλώδης και ο ημοειδής. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι είναι μια πολυκεντρική ασθένεια ενώ άλλοι την θεωρούν μονοκεντρική και εκτεταμένη. Η έκταση της ασθένειας παθολογικά και ανατομικά είναι της φορές μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται από τη μαστογραφία.

Λοβιακός καρκίνος in situ

Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου αποτελεί ένα τυχαίο μικροσκοπικό εύρημα χωρίς να παρουσιάζει ιδιαίτερα κλινικά μαστογραφικά ή μακροσκοπικά παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά. Η συχνότητά του είναι περίπου 1% - 3% των βιοψιών. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση και συνήθως είναι πολυκεντρικός και αμφοτερόπλευρος.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι ο λοβιακός καρκίνος in situ. Της περισσότερες φορές ο διηθητικός καρκίνος που έπεται είναι πορογενής και όχι λοβιακός. Δυστυχώς δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά του λοβιακού καρκίνου in situ τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτυχθεί διηθητικός καρκίνος του μαστού. (Harvard Medical School, 2005)

3.2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΧΗΜΑ TNM

Προκειμένου να συγκριθεί και να ταξινομηθεί ο καρκίνος του μαστού δημιουργήθηκε μια διεθνή βάση της υποδείγματος ταξινομήσεως της παθήσεως το οποίο είναι γνωστό σαν σχήμα TNM και τα αρχικά του σημαίνουν: Της = είναι ο πρωτοπαθής όγκος και το μέγεθος του όγκου (Tumor), και μετριέται στη μεγαλύτερη διάμετρο. N = αφορά τα επιχώρια λεμφογάγγλια (από τα λατινικά Nodi lymphatici). M = αφορά πιθανές μεταστάσεις. (Μπανκουσλί, 2008)

Για τον καρκίνο του μαστού υπάρχουν τα παρακάτω κλινικά στάδια:

TO = δεν υπάρχει πρωτοπαθής όγκος, δηλ. δεν διαπιστώνεται όγκος.

Tis = Όγκος χωρίς να υπάρχει τραυματισμός των παρακειμένων ιστών (Καρκίνωμα in situ) ή M. Paget της θηλής χωρίς όγκο.

T1 = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 2 cm.

T1a = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 0,5 cm.

T1 b = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 1 cm.

T1c = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 2 cm.

T2 = η διάμετρος του όγκου είναι μεταξύ των 2 και 5 cm.

T3 = η διάμετρος του όγκου είναι πλέον στα 5 cm.

T4 = γίνεται επέκταση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

T4a = στο θωρακικό τοίχωμα.

T4b – οίδημα δέρματος, εξέλκωση, δορυφόρα οζίδια

T4c= φλεγμονώδες καρκίνωμα

Παράλληλα θα πρέπει να σημειωθούν τα εξής:

A) Η νόσος Paget σε συνδυασμό με τον όγκο, χωρίζεται σε στάδια ανάλογα με το μέγεθος του όγκου.

B) Επί πολλαπλών όγκων ο όγκος χωρίζεται σε στάδια με τον μεγαλύτερο όγκο.

Γ) Η έλξη του δέρματος δεν επηρεάζει τη σταδιοποίηση. Ο Αμφοτερόπλευρος καρκίνος σταδιοποιείται χωριστά.

NO = Οι λεμφαδένες της σύστοιχης πλευράς είναι ελεύθεροι από καρκινικά κύτταρα, δηλ. μη ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

N1 = Ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες είναι κατειλημμένοι από καρκινικά κύτταρα, αλλά οι λεμφαδένες δεν προσκολλούνται μεταξύ της δηλ. υπάρχουν κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

N2 = Τουλάχιστον δύο λεμφαδένες περιέχουν καρκινικά κύτταρα και οι λεμφαδένες είναι μεταξύ της κολλημένοι.

N3 = Λεμφαδένες έσω μαστικής.

MO = Καμία μετάσταση.

M1 = Διαπιστούμενες μεταστάσεις.

Υπάρχει της λανθασμένος χαρακτηρισμός ο οποίος είναι ο αριθμός 0, και γίνεται στο κριτήριο «M», δηλ. της Μεταστάσεις. Για τον λόγο ότι δεν μπορεί να γίνει διάγνωση των μεταστάσεων από ένα μέγεθος –τουλάχιστον 0,5 cm, ο χαρακτηρισμός «MO» σημαίνει, ότι οι μεταστάσεις δεν μπορούν να διαγνωσθούν, αλλά δεν μπορεί να γίνει και αποκλεισμός μικρών μεταστάσεων.

Γίνεται ταξινόμηση σύμφωνα με το TNM-σχήμα πριν από την εγχείρηση με της συνήθεις εξετάσεις (ψηλάφηση, μαστογραφία). Δυστυχώς η συγκεκριμένη ταξινόμηση δηλ. πριν από την εγχείρηση, δεν είναι ακριβής. Στην περίπτωση που το λεμφογάγγλιο είναι διογκωμένο λόγω καρκινικών κυττάρων που έχουν κάνει μετάσταση γίνεται διάγνωση μόνο μικροσκοπική εξέταση. Γίνεται ταξινόμηση μόνο μετά από την διάγνωση του εξειδικευμένου γιατρού διότι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι λεμφαδένες είναι υψίστης σημασίας. Ο παθολογοανατόμος προβαίνει σε εξέταση του όγκου και τότε μόνο αναφέρονται οι ακριβείς διαστάσεις του όγκου («T») και η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι λεμφαδένες «N». Το γράμμα «p» προστίθεται στην ταξινόμηση για να διευκρινίσουμε ότι ο παθολογοανατόμος έχει

συμβάλλει στην ταξινόμηση. Ένα παράδειγμα ταξινόμησης της καρκίνου είναι: ρT1 NO MO.

Αυτό θα μπορούσε να είναι ένα ευνοϊκό εύρημα, το οποίο παρουσιάζεται σε έναν καρκίνο του μαστού και σημαίνει ότι: η νεοπλασία δεν είναι πάνω από 2 cm, τα λεμφογάγγλια είναι ελεύθερα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις. Στην συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχουν 90 – 100% πιθανότητες να ιαθεί πλήρως ο καρκίνος.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο Καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανισθεί με της ακόλουθες μορφές:

- Ø Μη ψηλαφητή μαστογραφική αλλοίωση: απαιτεί βιοψία κατόπιν εντοπισμού με βελόνα ή στερεοτακτική βιοψία για τη διάγνωση.
- Ø Ψηλαφητός όγκος: Συνήθως ανώδυνος, σκληρός, ανώμαλος, σχετικά ακίνητος, που μπορεί να είναι πολυεστιακός ή αμφοτερόπλευρος.
- Ø Αλλοιώσεις του δέρματος: Εισολκή του δέρματος ή της θηλής, ερύθημα, θερμότης, οίδημα (δέρμα “δίκην φλοιού πορτοκαλιού”- διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος), εξέλκωση, έκζεμα/διάβρωση της θηλής (νόσος του Paget).
- Ø Έκκριμα από τη θηλή: Αιματηρό έκκριμα συνήθως οφείλεται σε θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων, πρέπει όμως να αποκλεισθεί η ύπαρξη διηθητικού θηλώδους καρκινώματος.
- Ø Μεταστατική επέκταση: Συνήθως σε όργανα όπως: πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος, ήπαρ και λεμφαδένες (Harvard Medical School, 2005)

Τοπική επέκταση

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

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

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

Περιοχική διασπορά

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

Η προσβολή στη μασχάλη ακολουθεί της ομάδες ή επίπεδα λεμφογαγγλίων και σχετίζεται με την πρόγνωση, έτσι με της σύγχρονες απόψεις εκείνο που έχει σημασία είναι ο ολικός αριθμός των προσβεβλημένων λεμφογαγγλίων άσχετα με το επίπεδο. Από την ανάλυση των προγνωστικών παραγόντων, που ολοκληρώνεται με το κλινικό στάδιο εκφραζόμενο κατά το σύστημα TNM, το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφογαγγλίων της μασχάλης έχουν, και χωριστά και μαζί, τη μεγαλύτερη συμμετοχή. (Μπανκουσλί, 2008)

3.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Αρκετές φορές ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα ανησυχητικά για την ασθενή. Πρόκειται επομένως για νόσο ασυμπτωματική. Η διάγνωσή του λοιπόν γίνεται με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού (πληθυσμιακού) μαστογραφικού ελέγχου (screeningmammography).

Ωστόσο, κάποιες γυναίκες παρουσιάζουν ορισμένα συμπτώματα ανάμεσα στα οποία είναι ένα ή περισσότερα οζίδια (όγκοι) στον μαστό, αλλοιώσεις του δέρματος και της θηλής, πόνος, ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή. (Decherney, Nathan, 2005)

Η γενική αντίληψη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι ότι κάθε μάζα (όγκος ή οζίδιο) του μαστού σε γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση θα πρέπει να θεωρείται καρκίνος μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο. Το ίδιο συμβαίνει ακόμα και στην περίπτωση που η γυναίκα λαμβάνει ορμονοθεραπεία υποκατάστασης. Στο σημείο

αυτό πρέπει βέβαια να αναφέρουμε ότι κάθε μάζα (όγκος) στον μαστό δεν είναι καρκίνος. Πράγματι, όγκοι σε ποσοστά της τάξεως του 70-80% δεν είναι καρκίνος . Αυτό όμως μπορεί να επιβεβαιωθεί μόνο μετά από προσεκτικό διαγνωστικό έλεγχο και κυρίως με τη βοήθεια της βιοψίας.

Η έκκριση από τη θηλή θεωρείται της ύποπτη ιδιαίτερα όταν είναι αυτόματη, μόνο στον ένα μαστό, όταν γίνεται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής (διαυγής), ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.

Κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος του μαστού σε γυναίκα ηλικίας πάνω από 40 ετών θα πρέπει να θεωρείται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο με τη βοήθεια βιοψίας του μαστού. Ύποπτη είναι και η ύπαρξη εισολκών στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού. Χαρακτηριστική είναι μερικές φορές η εικόνα του δέρματος του μαστού, που μπορεί να παρομοιαστεί με φλοιό πορτοκαλιού.

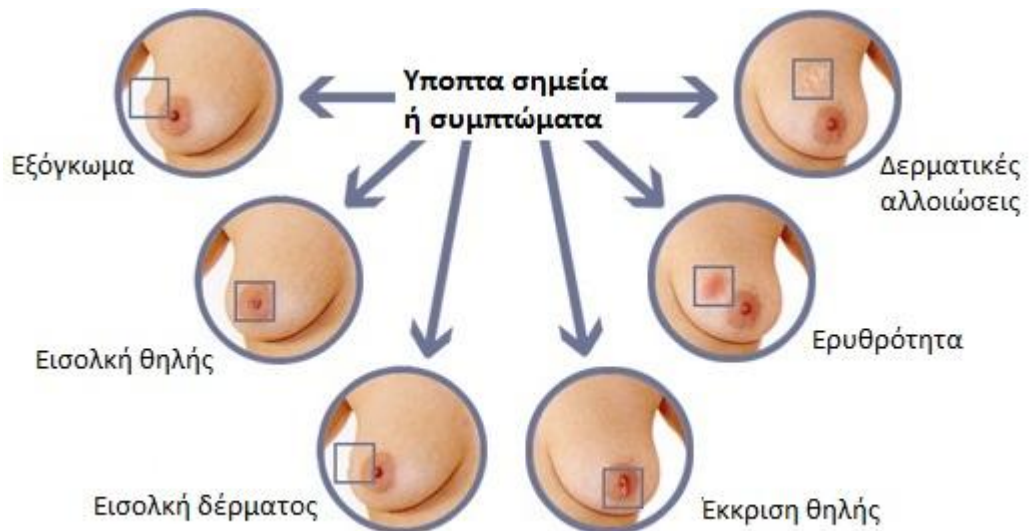
Ο πόνος δεν αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού. Εντούτοις, η ύπαρξη πόνου σε μία μάζα στο στήθος δεν αποκλείει το ενδεχόμενο του καρκίνου του μαστού. Παράγοντες της η περιοδική εμφάνιση του πόνου και της δύο μαστούς, η συσχέτιση του πόνου με τον καταμήνιο κύκλο (περίοδο) κλπ αποτελεί ένδειξη ότι ο πόνος σχετίζεται με ορμονικές μεταβολές και όχι οπωσδήποτε με καρκίνο.

Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν η πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του μαστού να είναι οι εκδηλώσεις των μεταστάσεων του (π.χ. πόνος λόγω οστικών μεταστάσεων, διόγκωση μασχαλιαίου λεμφαδένα κλπ).

Τα ειδικά συμπτώματα από τα οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ο καρκίνος του μαστού σε γενικές γραμμές είναι τα εξής:

- Εξόγκωμα, ογκίδιο ή σκλήρυνση στην ευρύτερη περιοχή του μαστού και/ή της μασχάλης.
- Έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού.
- Διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης.
- Έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού (εισολκή δέρματος).
- Αλλοιώσεις του δέρματος (όψη φλοιού πορτοκαλιού).
- Ερυθρότητα, φλόγωση, ευαισθησία ή πόνοι στο στήθος

- Καθίσταται επομένως φανερό ότι αν η γυναίκα αντιληφθεί οτιδήποτε από τα παραπάνω θα πρέπει να ανησυχήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της. Ο έλεγχος ξεκινάει με κλινική εξέταση. (Harvard Medical School, 2005)



Εικόνα 3: Συμπτώματα

(http://www.smyrlis-laparoscopic.gr/com/32_Xeirovgikh-mastoy)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

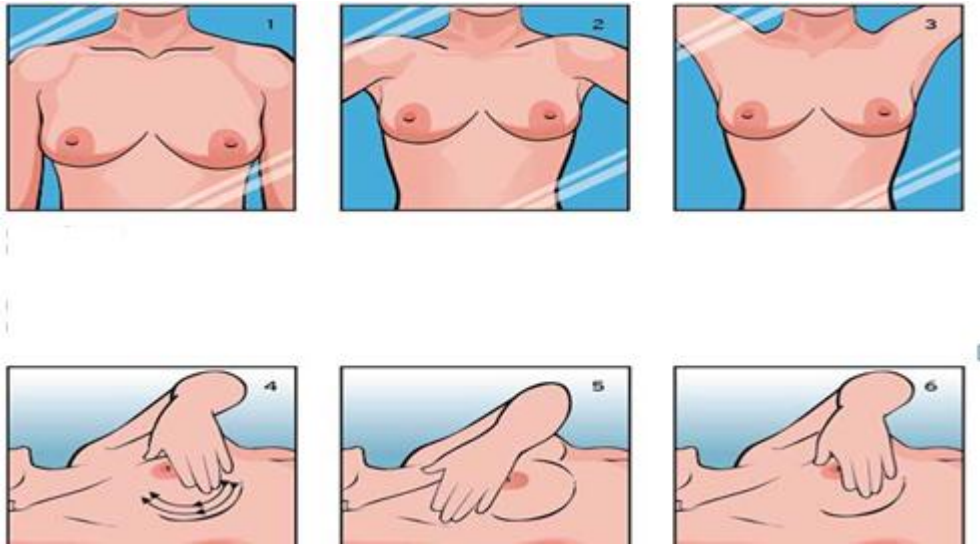
Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια. Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία)

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η αυτοεξέταση του μαστού και η ψηλάφηση κάποιου ύποπτου ευρήματος είναι εκείνη που θα βάλει υποψίες στη γυναίκα και θα την οδηγήσει στο γιατρό για περαιτέρω εξετάσεις που θα οδηγήσουν στη διάγνωση. (Decherney, Nathan, 2005)

4.2 ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Το γεγονός ότι πολλοί τύποι καρκίνου δεν είναι εύκολο να διαγνωστούν στα αρχικά στάδια δεν πρέπει να αποθαρρύνει τη μέθοδο αυτή. Η αυτοεξέταση του μαστού δε θα πρέπει να γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, αλλά μία εβδομάδα αργότερα. Η επισκόπηση των μαστών θα πρέπει να γίνεται μπροστά στον καθρέπτη, με καλό φωτισμό και τα χέρια σε τρεις διαδοχικές θέσεις: πάνω από το κεφάλι, πίσω από το κεφάλι, και στα πλάγια. (Kösters et al., 2003)

Η ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση, με το σύστοιχο του προς εξέταση μαστού χέρι τοποθετημένο κάτω από το κεφάλι, ενώ με τα δάχτυλα του αντίστοιχου χεριού ψηλαφάτε μεθοδικά όλος ο μαστός. Πολλές φορές διογκώσεις μέσα στο μαστό ανιχνεύονται από τις γυναίκες κατά τα διάρκεια του μπάνιου, καθώς η σαπουνάδα βοηθάει το χέρι να γλιστρά πάνω στο μαστό. Αυτή η εμπειρία θα πρέπει να συνιστάται, ώστε να αποτελεί μέρος της αυτοεξέτασης. (Bryan, Snyder, 2013)



Εικόνα 4: Αυτοεξέταση Μαστών

<https://www.ivf-embryo.gr/kentro-mastoy-emvio/pote-tha-hreiasteite-giatro-mastoy/exetasi-mastoy-apo-giatro>

4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η κλινική εξέταση επιβάλλεται να γίνεται περιοδικά μία φορά το χρόνο για ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών και ανά 3ετία για ηλικίες μικρότερες. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9η – 11η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων.

Γίνεται με: Επισκόπηση σε ειδικές θέσεις:

- Ø Όρθια θέση με τα χέρια κρεμάμενα
- Ø Άνω άκρα σε ανάταση
- Ø Άνω άκρα να συλλαμβάνουν τη μέση (επί των λαγονίων οστών) με εντολή σύσφιξης της περιοχής. Και στις τρεις θέσεις εξετάζεται η συμμετρία, η ομαλότητα της περιμέτρου, αλλοιώσεις του δέρματος (εισολκή, παθολογικό επίφλεβο, εξελκώσεις, οίδημα σαν φλοιός πορτοκαλιού). Ακολουθεί η επισκόπηση της θηλής και της θηλαίας άλου και αναζητείται η ύπαρξη εισολκής, εκζέματος, διαβρώσεων, παρεκκλίσεων από τον άξονα, ρύσης(εκκρίματος).

Με τα άκρα στην ανάταση και τη σύσφιξη της μέσης, διαπιστώνεται σε περίπτωση ύπαρξης όγκου καθηλωμένου στο μείζονα θωρακικό μυ, ο πάσχων μαστός να ανέρχεται σε ψηλότερη θέση από το φυσιολογικό και ίσως να εμφανίζεται εισολκή του υπερκείμενου δέρματος. (Kösters et al., 2003)

Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με τα δάκτυλα του εξετάζοντα σε επαφή ώστε να μη διαφύγουν μικρές αλλοιώσεις αλλά και ακολουθώντας ωρολογιακή φορά για να εξετασθούν όλες οι ανατομικές περιοχές. Με την ψηλάφηση αναζητούνται η παρουσία όγκων, οιδήματος, ευαισθησίας και πόνου, διαφοράς θερμοκρασίας και παθολογικών λεμφαδένων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο μαστός της κάθε γυναίκας έχει διαφορετική αρχιτεκτονική διαμόρφωση με αποτέλεσμα σε αρκετές γυναίκες να ψηλαφώνται οζίδια που δεν αποτελούν παθολογικές αλλοιώσεις. (Decherney, Nathan, 2005)

4.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

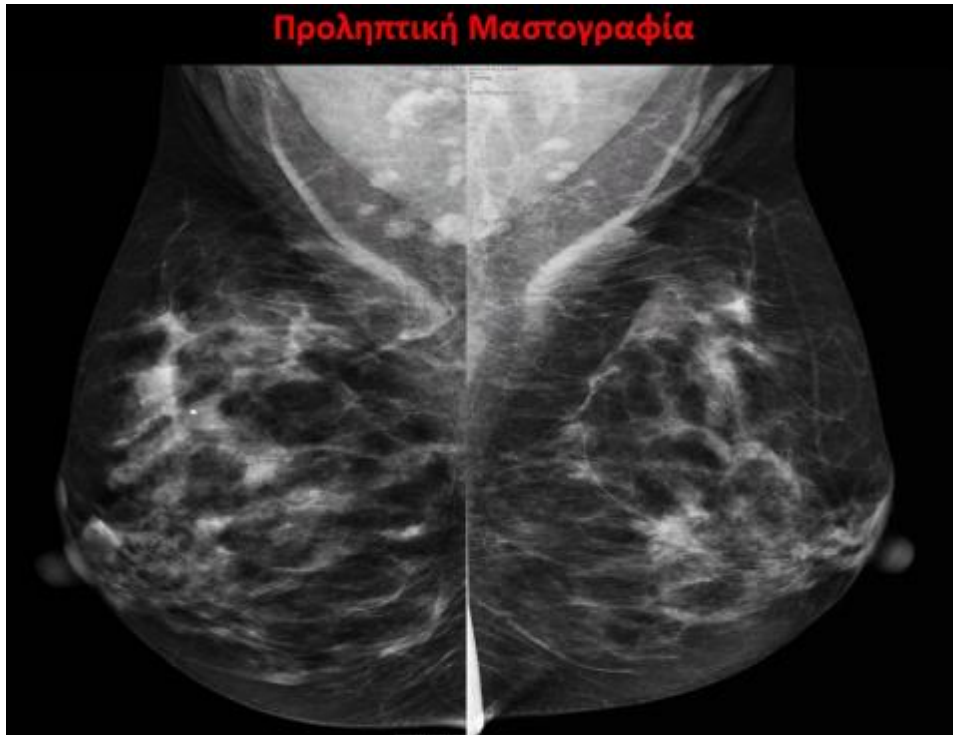
Η μαστογραφία αποτελεί σήμερα, παρά τις αδυναμίες της, την καλύτερη απεικονιστική μέθοδο με αποτέλεσμα να αποκαλύπτονται όγκοι πολύ πριν ψηλαφιστούν.

Η εξέταση της μαστογραφίας ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

- Ø Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
- Ø Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια).
- Ø Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού (μαστεκτομή).
- Ø Σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου γυναικών (High risk). (Bryan, Snyder, 2013)

Τα ευρήματα που προκύπτουν από την εξέταση της μαστογραφίας δύναται να είναι:

- Ø Ανωμαλία της αρχιτεκτονικής του μαστού
- Ø Ανώμαλα όρια με αστεροειδή ή επιμήκη διαμόρφωση
- Ø Μεταβολή των υποθηλαίων πόρων
- Ø Παρουσία μικροαποτιτανώσεων
- Ø Ασύμμετρα εντοπιζόμενη ίνωση
- Ø Αυξημένη αγγείωση



Εικόνα 5: Προληπτική μαστογραφία
(http://www.mammography.gr/el/?page_id=14)

4.5 ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η γαλακτογραφία είναι η εξέταση του μαστού, που μπορεί να αποτυπώσει όλη τη δομή των γαλακτοφόρων αδένων του μαστού, δίνοντας ασφαλείς πληροφορίες για πιθανές αλλοιώσεις στα σημεία αυτά.

Η γαλακτογραφία (ductography) είναι μια εξέταση με ακτίνες X που γίνεται από το μαστογράφο με τη χρήση όμως σκιαγραφικού, που μπορεί να δώσει πιο ακριβείς εικόνες, τις γαλακτογραφίες, που απεικονίζουν τους αυλούς του γαλακτοφόρου αδένα του μαστού.

Γενικά η γαλακτογραφία προτείνεται σαν εξέταση όταν υπάρχει έκκριση υγρού ή αίματος από τις θηλές των μαστών, έτσι ώστε να γίνει η διάγνωση νεοπλασιών με μεγαλύτερη ακρίβεια.

Η διαδικασία της γαλακτογραφίας είναι σχετικά πιο πολύπλοκη συγκριτικά με τη μαστογραφία, γιατί συμπεριλαμβάνει την έκχυση σκιαγραφικού υλικού με μικρό

καθετηριασμό της θηλής, ώστε να γίνει η απεικόνιση των γαλακτοφόρων αδένων και ο εντοπισμός καρκινικών ή προκαρκινικών αλλοιώσεων και όγκων σε σημεία που δεν μπορούν να εντοπιστούν με άλλες εξετάσεις.

Η γαλακτογραφία μπορεί να δείξει με σαφήνεια τη θέση των όγκων στο δίκτυο του μαστού, κάνοντας πιο εύκολο τον εντοπισμό τους σε περίπτωση εγχείρισης. Η εξέταση συνήθως διαρκεί μισή με μία ώρα. Πρέπει να σημειωθεί ότι σήμερα η γαλακτογραφία έχει αντικατασταθεί από το υπερηχογράφημα μαστού. (<http://www.mastografiacenter.gr/%CE%B3%CE%B1%CE%BB%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%AF%CE%B>)

4.6 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ DOPPLER ΜΑΣΤΟΥ

Το υπερηχογράφημα του μαστού γίνεται στο ιατρείο με εξειδικευμένο μηχανήμα υπερήχων υψηλής ευκρίνειας με δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης και έγχρωμου Doppler. Με το υπερηχογράφημα είναι δυνατή η λεπτομερής απεικόνιση των μαστών και των μασχαλιαίων κοιλοτήτων σημείο προς σημείο. Έτσι είναι δυνατή η αξιολόγηση βλαβών, που ανακαλύπτονται είτε με την κλινική εξέταση είτε με τη μαστογραφία, ακόμη και βλαβών που δεν γίνονται αντιληπτές παρά μόνο με τους υπερήχους.

Το υπερηχογράφημα είναι η πιο εύχρηστη και κατάλληλη μέθοδος για την πραγματοποίηση βιοψίας στο ιατρείο σε περίπτωση ύποπτης βλάβης και αποτελεί απαραίτητη εξέταση για την προεγχειρητική αξιολόγηση βλαβών και το σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας στο ιατρείο.

Η τρισδιάστατη(3D) υπερηχογραφία μαστού, που πραγματοποιείται στο ιατρείο, επεκτείνει τις δυνατότητες της κλασικής υπερηχογραφίας διασαφηνίζοντας τη φύση ύποπτων βλαβών και παρέχει περαιτέρω πληροφορίες για την κυκλοφορία του αίματος σε ύποπτες βλάβες, διασαφηνίζοντας περαιτέρω τη φύση τους. (<http://www.breasthelp.gr/yperixografima.html>)

4.7 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μία μη επεμβατική διαγνωστική απεικονιστική εξέταση, η οποία χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό των ακτίνων X και της τεχνολογίας των υπολογιστών, για να παραγάγει οριζόντιες και αξονικές (συντά ονομάζονται φέτες) εικόνες του σώματος. Η αξονική τομογραφία μπορεί να παραγάγει λεπτομερείς εικόνες από

οποιοδήποτε μέρος του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των οστών, των μυών και του λίπους.

Οι εικόνες παρέχουν πολύ μεγαλύτερη δυνατότητα λεπτομερούς διάγνωσης από αυτές της κλασικής ακτινογραφίας. Σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί κάποια σκιαστική ουσία ενδοφλέβια ή από το στόμα.

<http://www.imop.gr/diagnwstikes-eksetaseis/axonikh-tomographia>

4.8 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Ο μαστός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής της Μαγνητικής Τομογραφίας (ΜΤ). Ωστόσο, ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 που η εισαγωγή στην κλινική πράξη των παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών αύξησε δραματικά την ευαισθησία της μεθόδου αναφορικά με την κύρια κλινική της ένδειξη, τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Σήμερα, η Μαγνητική Μαστογραφία (ΜΜ) είναι μέθοδος ευρέως αποδεκτή στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και εφαρμόζεται σε ελάχιστα κέντρα. Οι λόγοι είναι κυρίως δύο: ανεπαρκής ενημέρωση των κλινικών ιατρών, που ασχολούνται με τα προβλήματα του μαστού, σχετικά με τις ενδείξεις και τους περιορισμούς της μεθόδου και οι τεχνικές ιδιαιτερότητες αυτής. (Bryan, Snyder, 2013)

4.9 ΒΙΟΨΙΑ

Στην περίπτωση όπου παρουσιαστεί κάποιο εύρημα ύποπτο στην ψηλάφηση, στη μαστογραφία ή στον υπέρηχο μαστού τότε κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση μέσω της βιοψίας του μαστού.

Οι τεχνικές βιοψίας που πραγματοποιούνται είναι:

- Η βιοψία με κόπτουσα βελόνη (core biopsy): Πρόκειται για μια διαγνωστική μέθοδος που επιλέγεται στις περισσότερες περιπτώσεις. Η λήψη γίνεται κατά προτίμηση υπό υπερηχογραφικό έλεγχο, που μπορεί να εντοπίσει και μη ψηλαφητούς όγκους. Η μέθοδος είναι καλά ανεκτή και μας δίνει πολλές πληροφορίες.
- Η βιοψία κενού (Vacuum biopsy): Χρησιμοποιείται κυρίως σε όγκους μη ορατούς στους υπέρηχους, που χρειάζονται στερεοτακτική εντόπιση με μαστογραφία. Η μέθοδος αυτή συνιστάται σε μικροαποτιτανώσεις, σε μη σαφώς κατατάξιμες βλάβες, καθώς και σε κάποιες πολύ μικρές βλάβες.

Συνήθως γίνεται στερεοτακτική εντόπιση και αφαίρεση του όγκου υπό μαστογραφικό έλεγχο. Όταν βρεθεί οποιαδήποτε κακοήθεια (διηθητική ή μη) πρέπει να ακολουθήσει χειρουργείο.

- Η ανοικτή βιοψία: Στην ανοικτή βιοψία ο χειρουργός αφαιρεί όλον τον όγκο στο χειρουργείο. Κατά κανόνα χρειάζεται γενική νάρκωση. Ο όγκος αποστέλλεται για ταχεία βιοψία και αναλόγως του αποτελέσματος αποφασίζεται ο τύπος της απαιτούμενης επέμβασης. Εναλλακτικά, ο όγκος αποστέλλεται απευθείας για την τελική βιοψία, και μετά τα αποτελέσματα της τελικής βιοψίας αποφασίζονται, από την ομάδα ειδικών και σε συνεργασία με την ασθενή, οι περαιτέρω θεραπευτικοί χειρισμοί.

[\(http://www.kkonstantinidis.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7/\)](http://www.kkonstantinidis.gr/%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7/)

4.10 ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΩΝ

Το σπινθηρογράφημα είναι μια περαιτέρω εξέταση για τη διαπίστωση τυχόν οστικών μεταστάσεων. Στη συγκεκριμένη εξέταση χρησιμοποιείται ραδιενεργό Tc 99. Με την πάροδο κάποιου χρόνου αποθηκεύεται προσωρινά σε όλα τα οστά. Τμήματα οστών με έντονη δραστηριότητα κατακρατούν περισσότερη ραδιενεργό ουσία απ' ότι σε άλλα τμήματα οστών. Οι οστικές μεταστάσεις παριστάνουν τμήματα με έντονη δραστηριότητα. Στο σπινθηρογράφημα τα τμήματα αυτά εντοπίζονται από εντονότερο εμπλουτισμό τους σε ραδιενεργές ουσίες. (Decherney, Nathan, 2005)

4.11 ΓΟΝΙΔΙΑΚΟ TEST

Το γονιδιακό test καρκίνου του μαστού αποτελεί μια εξέταση διάγνωσης η οποία έχει τη δυνατότητα πρόβλεψης της συγκεκριμένης ασθένειας. Παράλληλα, συμβάλλει στην ταξινόμηση των ασθενών σε χαμηλού ή υψηλού ή μεσαίου κινδύνου αναφορικά με την πιθανότητα υποτροπής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας από τον θεράπων ιατρό. Ωστόσο, λόγω του υψηλού κόστους της συγκεκριμένης εξέτασης δεν δίνεται η δυνατότητα σε ασθενείς ή μη να την κάνουν. (Δημητρακάκης, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί η ασθενής για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού, είναι σε πλήρη εξάρτηση με το στάδιο που βρίσκεται η συγκεκριμένη ασθένεια. Αυτό σημαίνει ότι είναι πιθανό να υπάρξει συνδυασμός θεραπειών με την χειρουργική επέμβαση, με ακτινοβολίες ή με χημειοθεραπείες και ορμονοθεραπείες ή είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί μία από αυτές.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι την τελευταία εικοσαετία έχουν υπάρξει πολλές μεταβολές στην ποιότητα της θεραπείας. Αυτό συμβαίνει διότι κατά κύριο λόγο γίνονται πολλές εκ βαθέων μελέτες που αφορούν την φυσιολογία και την ανατομία του μαστού και επίσης το γεγονός ότι μπορεί να γίνει διάγνωση της νόσου έγκαιρα ακόμα και από το ίδιο άτομο που έχει νοσήσει. Ακόμα, όσο συνεχίζονται οι έρευνες και αναπτύσσονται μέθοδοι ανακάλυψης, υπάρχει αύξηση του αριθμού των όγκων που εμφανίζονται για πρώτη φορά και πρωτύτερα δεν υπήρχε δυνατότητα διάγνωσης. Τέλος βασικό ρόλο στις μεταβολές που έχουν γίνει στην ποιότητα της θεραπείας έχουν και οι νέες συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας που έχουν αναπτυχθεί αλλά και η στάση των ογκολόγων απέναντι στον καρκίνο του μαστού. (Κονιάρη, 2007)

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι οι σύγχρονες μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού έχουν αυξήσει σημαντικά το όριο ηλικίας των γυναικών που νοσούν. Η θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί η ασθενής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο που βρίσκεται η ασθένεια. Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες όπως είναι η ηλικία της γυναίκας που έχει νοσήσει και την οποία κατηγοριοποιούμε σε πριν την εμμηνόπαυση και μετά την εμμηνόπαυση, το μέγεθος του όγκου, η ταξινόμηση του αλλά και η εξάρτηση του από τις ορμόνες. (Harvard Medical School, 2005)

Είναι πολύ πιθανό σε συνδυασμό με τα παραπάνω και ανάλογα με τον γιατρό και την εκτίμηση του να πρέπει να λάβει η ασθενής και φάρμακα τα οποία θα λειτουργούν σαν συντηρητική θεραπεία και θα παρακολουθείται η πορεία του μαστού. Επιπλέον υπάρχει κι η πιθανότητα στην θεραπεία να χρησιμοποιηθούν οι ακτινοβολίες και οι χημειοθεραπείες είτε μεμονωμένα είτε ταυτόχρονα.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο ή έχει κάνει μεταστάσεις τότε συνιστάται κατά κύριο λόγο η μέθοδος της χημειοθεραπείας ή και

της ορμονοθεραπείας. Το αν θα χορηγηθούν επιπλέον φάρμακα σε συνδυασμό με τις παραπάνω θεραπείες εξαρτάται από το πόσο έχουν επηρεαστεί τα όργανα από τον καρκίνο. (Bryan, Snyder, 2013)

Για να θεωρηθεί μια χειρουργική επέμβαση επιτυχημένη, όπως υποστηρίζουν οι ογκολόγοι, θα πρέπει να γίνει καθαρισμός σε όλη την περιοχή της μασχάλης πράγμα που σημαίνει ότι αυξάνονται οι πιθανότητες να ιαθεί πλήρως η ασθένεια και μειώνεται το ενδεχόμενο να υποτροπιάσει. Επίσης κάποιιοι υποστηρίζουν ότι ελαττώνεται ο αριθμός των καρκινικών κυττάρων όταν αφαιρεθεί ο όγκος πράγμα που σημαίνει ότι η θεραπευτική μέθοδος της χημειοθεραπείας που συνδυάζεται λειτουργεί πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της ασθένειας. (D'Souza et al., 2011)

Για όλους τους παραπάνω λόγους η χειρουργική επέμβαση είναι η βάση για τα θεραπευτικά προγράμματα που διεξάγονται ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η πρώτη προσπάθεια που έγινε για να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη ασθένεια ήταν η χειρουργική επέμβαση. Ο πρώτος που έκανε την επέμβαση ολικής αφαίρεσης μαστού ήταν ο Halsted το 1981. Αυτό ήταν και το έναυσμα για να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη μέθοδος σε πολλά περιστατικά. Τα είδη της μαστεκτομής που υπάρχουν σήμερα είναι διάφορα και αυτό που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το μέγεθος και την θέση του όγκου και βέβαια από την κατάσταση της υγείας που βρίσκεται η ασθενής. (Αθανάτου, 2007)

5.1.1. ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η ριζική μαστεκτομή είναι η διαδικασία στην οποία αφαιρείται ολικά το στήθος με σκοπό να μην υφίστανται πλέον καρκινικά κύτταρα στην γύρω περιοχή. Περιεγράφη το 1894 από τον Halsted και Meyez και συνιστάται στην en block εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών, μείζονος και ελάσσονος και των αδενών της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομία, αποτελούσε την κύρια μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του μαστού, μέχρι το 1970 περίπου. (Κονιάρη, 2007)

Η συγκεκριμένη θεραπεία προτείνεται σε περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει ήδη προχωρήσει αρκετά και επίσης σε περιπτώσεις που μπορεί να ανακουφίσει την ασθενή μετά βέβαια από έγκριση του γιατρού. Είναι πιθανό να υπάρξουν ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις στην θεραπεία της ριζικής μαστεκτομής οι οποίες αφορούν τον ιατρικό τομέα αλλά και τον ψυχολογικό τομέα. Όσον αφορά τον ιατρικό τομέα μπορεί να εμφανιστεί κάποιο οίδημα με αποτέλεσμα να υπάρξει κάποιου είδους

δυσκινησία στο πάνω μέρος της πλευράς που πραγματοποιήθηκε η επέμβαση. Σχετικά με το ψυχολογικό μέρος είναι πιθανό η γυναίκα να εμφανίσει κάποια κακή ψυχολογική διάθεση λόγω του ότι το αποτέλεσμα της επέμβασης της ριζικής μαστεκτομής δεν είναι ωραίο αισθητικά. (Σαχίνη, 2000)

5.1.2. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η πιο γνωστή μέθοδος που υπάρχει αυτή την στιγμή και αφορά τις επεμβάσεις που πραγματοποιούνται για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Οι Patey και Hadley απέδειξαν αργότερα ότι τα αποτελέσματα της εγχείρησης ήταν εξίσου καλό με της ριζικής μαστεκτομίας, ενώ το κοσμητικό αποτέλεσμα, λόγω της διατηρήσεως του μυός, καλύτερο. Επίσης είναι δυνατόν να διατηρηθεί και ο ελάσσων θωρακικός μυς, με καλύτερο ίσως αποτέλεσμα. Η εγχείρηση αυτή αποτελεί την εναλλακτική λύση εφ' όσον δεν μπορεί να διατηρηθεί ο μαστός. (Lostumbo et al., 2011)

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη επέμβαση αφαιρούνται ο μαζικός αδένας με τους λεμφαδένες της μασχάλης και παραμένουν οι μύες του θώρακος. Αυτή η επέμβαση, κατά κύριο λόγο πραγματοποιείται σε περιστατικά που έχουν διαγνωστεί έγκαιρα και όσον αφορά τα αποτελέσματα, σε σχέση με την ριζική μαστεκτομή είναι πιο ωραία αισθητικά και πιο λειτουργικά. (Κονιάρη, 2007)

5.1.3. ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Οι επεμβάσεις, που έχουν σκοπό να διατηρήσουν τον μαστό, είναι:

- Ø Η ογκεκτομή (1mm υγιές όριο)
- Ø Η τμηματεκτομή με εξαίρεση τουλάχιστον 2 cm υγιούς βάσης, γύρω από τον όγκο, η τεταρτεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται ολόκληρο το τεταρτημάριο του μαστού που φέρει τον όγκο. Ο καθαρισμός της μασχάλης συνήθως είναι πλήρης (I, II, III επίπεδα, ή μερικός (I και II επίπεδο)ή δειγματοληπτικός (sampling) ή χαμηλός (I επίπεδο). Υποστηρίζεται από πολλούς ότι εφόσον οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι αρνητικοί αρκεί ο μερικός (I και II επίπεδο) καθαρισμός, εφ' όσον όμως είναι διηθητικοί πρέπει να γίνεται πλήρης (I, II, III επίπεδο) καθαρισμός της μασχάλης. (Dewit, 2009)

Η επιτυχία της μερικής μαστεκτομής είναι ότι δεν αφαιρείται ολόκληρο το στήθος αλλά κάποιο τμήμα του πράγμα που σημαίνει ότι αφαιρείται ο όγκος ενώ παράλληλα πραγματοποιείται στην περιοχή της μασχάλης καθαρισμός λεμφοαγγλίων. Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη επέμβαση, το μέγεθος του όγκου δεν πρέπει να είναι παραπάνω από 2 εκατοστά.

Παρόλα αυτά υπάρχει ένα πολύ μεγάλο μειονέκτημα στην μερική μαστεκτομή που αφορά το γεγονός ότι δεν καθαρίζεται όλη η περιοχή του μαστού και είναι πιθανό να έχουν παραμείνει καρκινικά κύτταρα. Γι αυτό τον λόγο λοιπόν πραγματοποιείται μαζί με την επέμβαση και θεραπεία με ακτινοβολίες. (Σαχίνη, 2000)

5.1.4. ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Σε αυτή την επέμβαση γίνεται εξαίρεση του τμήματος του μαζικού αδένου από την όλη διαδικασία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα συνεχίσουν να υπάρχουν υπολείμματα καρκίνου στην γύρω περιοχή. Οι ογκολόγοι, υποστηρίζουν ότι είναι η καλύτερη μέθοδος για περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που βρίσκεται στο πρώτο στάδιο ή για περιπτώσεις που ο όγκος δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά. Για να θεωρηθεί η επέμβαση επιτυχημένη θα πρέπει απαραίτητως η ασθενής αμέσως μετά την επέμβαση να υποβληθεί σε ακτινοβολίες. (Κονιάρη, 2007)

5.1.5. ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Η ογκεκτομή θεωρείται ότι είναι ο πιο σύγχρονος τρόπος επέμβασης για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σε αυτή την μέθοδο γίνεται αφαίρεση του όγκου και ένα μικρό μέρος του υγιούς ιστού. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που ο καρκίνος βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και πρέπει να επισημάνουμε ότι γίνεται συμπληρωματική αγωγή με ακτινοθεραπείες. (Lostumbo et al., 2011)

Σήμερα, οι πιο γνωστές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η μαστεκτομή και η ογκεκτομή. Όταν η γυναίκα που νοσεί βρίσκεται σε έμμηνο ρύση εφαρμόζεται η απλή μαστεκτομή με συμπληρωματική αγωγή τις χημειοθεραπείες. Για να είναι όμως αυτή η διαδικασία εφικτή θα πρέπει η μασχάλη να είναι θετική και αντιοιστρογόνα. Κατόπιν η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για τυχόν μεταστάσεις ή για τυχόν επανεμφάνιση του καρκίνου στον άλλο μαστό. (Σαχίνη, 2000)

5.1.6. ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Μετά από την διαδικασία της επέμβασης η ασθενής μπορεί και να παρουσιάσει ορισμένα προβλήματα όπως:

- οίδημα άκρου
- συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma\hematoma)
- νέκρωση των χειλιών του τραύματος
- φλεγμονή τραύματος
- αδυναμία – περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση

Επίσης είναι πιθανό όσο διαρκεί η επέμβαση από τον τραυματισμό και την πίεση της περιοχής να προκληθούν αιμωδίες και παραισθήσεις.

Μία από τις πιο γνωστές επιπλοκές που παρουσιάζεται μετά από την επεμβατική διαδικασία είναι το λεμφοίδημα. Είναι αποδεδειγμένο από έρευνες ότι αυτού του είδους η επιπλοκή εμφανίζεται με ποσοστό 62%. Το λεμφοίδημα παρεμποδίζει να διεξαχθεί ομαλά η λειτουργία απαγωγής της λέμφου και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συσσωρεύεται το λεμφικό υγρό και το οίδημα που έχει παρουσιαστεί στο σύστοιχο άκρο. (Dewit, 2009)

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να έχει ενημερωθεί η ασθενής για τους κινδύνους που υπάρχουν να παρουσιαστεί λεμφοίδημα αλλά και για τους τρόπους που μπορεί να αντιμετωπιστεί ή να γίνει πρόληψη του. (D'Souza et al., 2011)

Το νοσηλευτικό προσωπικό για να αντιμετωπίσει και να φροντίσει το λεμφοίδημα πρέπει καθημερινά να κάνει μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου. Ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε ασκήσεις που αφορούν την κίνηση οι οποίες θα πρέπει να εφαρμοστούν μετά από την διαδικασία της επέμβασης. (Κονιάρη, 2007)

Ο νοσηλευτής έχει έναν πολύ βασικό και σημαντικό ρόλο να ενθαρρύνει την ασθενή στο να εφαρμόσει τις απαραίτητες ασκήσεις μετά από την επεμβατική διαδικασία και σε περίπτωση που δεν θέλει να προβεί σε αυτές να προτείνει να χρησιμοποιηθούν αναλγητικά πριν την πραγματοποίηση των ασκήσεων.

Επίσης, οι συγκεκριμένες ασκήσεις θεωρείται αναγκαίο να πραγματοποιούνται με την βοήθεια κάποιου φυσικοθεραπευτή ο οποίος είναι εξειδικευμένος σε τέτοιου είδους περιπτώσεις. (Αθανάτου, 2007)

Αυτού του είδους η συνεργασία είναι πολύ σημαντική και απαραίτητη. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να ενημερώσει την ασθενή ότι μετά την επέμβαση και για έξι εβδομάδες δεν πρέπει να φορέσει προθέματα στήθους. Μια εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιήσει βαμβάκι τον στηθόδεσμο της διότι δεν προκαλείται ερεθισμός της τομής και επιπλέον είναι ένας καλός τρόπος για να διαλέξει το κατάλληλο πρόθεμα που εν τέλει θα χρησιμοποιηθεί. (Αθανάτου, 2007)

5.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια διαδικασία που συμβάλλει στην αντιμετώπιση του καρκίνου έχοντας την μορφή φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να επισημάνουμε ότι η χημειοθεραπεία καθώς δεν αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο, συμβάλλει στο να επιβραδυνθεί η εξάπλωση του όγκου σε άλλα σημεία του σώματος και όχι να θεραπευτεί ο όγκος. Επειδή η χορήγηση των φαρμάκων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι κυρίως κυτταροτοξικά πράγμα που σημαίνει ότι είναι δηλητηριώδης για τον οργανισμό, εκτός από τα καρκινικά κύτταρα επηρεάζουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού.

Τα κακοήθη κύτταρα γίνονται πιο ευαίσθητα στην χορήγηση των φαρμάκων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, επηρεάζονται από την δράση των φαρμάκων και τα υγιή σημεία του σώματος όπως είναι ο μυελός των οστών και δυστυχώς δεν μπορεί να γίνει επακριβής υπολογισμός της δοσολογίας που θα επηρεάζει μόνο τα κακοήθη κύτταρα. (Batchelor, 2001)

Οι παράγοντες οι οποίοι θα καθορίσουν ποια μέθοδος της συγκεκριμένης θεραπείας θα χρησιμοποιηθεί είναι:

- Ø Η μορφή και ο ακριβής εντοπισμός της ασθένειας.
- Ø Το στάδιο που έχει εξελιχθεί η ασθένεια.
- Ø Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η ασθενής.
- Ø Το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- Ø Οι συνήθειες και η πείρα των γιατρών.
- Ø Η τακτική που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο.

Ο αριθμός των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε όλες τις χημειοθεραπευτικές διαδικασίες ξεπερνά το 80. Το καθένα από αυτά τα φάρμακα έχει διαφορετική δράση από τα υπόλοιπα. Είναι πιθανό να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό ή ξεχωριστά. Σε κάθε περίπτωση καρκίνου χορηγούνται διαφορετικά φάρμακα. Αυτό εξαρτάται από

την μορφή του κάθε καρκίνου, σε ποιο στάδιο βρίσκεται και αν έχει προχωρήσει σε μεταστάσεις. (Αθανάτου, 2007)

Επειδή τα φάρμακα της χημειοθεραπείας χορηγούνται ενδοφλέβια εξαπλώνονται σε όλο τον ανθρώπινο οργανισμό πράγμα που σημαίνει ότι εξαλείφονται τα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να είχαν προχωρήσει και σε άλλα σημεία από το αρχικό. Επίσης, ενώ σε όλη την διάρκεια της χημειοθεραπείας επηρεάζονται και τα υγιή κύτταρα, υπάρχουν στον οργανισμό κάποιοι μηχανισμοί οι οποίοι τα βοηθούν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν φυσιολογικά κάτι που δεν γίνεται με τα κακοήθη κύτταρα. Η χημειοθεραπεία λειτουργεί θα μπορούσαμε να πούμε ανακουφιστικά διότι μειώνεται ο πόνος τον οποίο προκαλεί ο καρκίνος και βελτιώνει την ποιότητα ζωής της ασθενούς. (Batchelor, 2001)

Η επιλογή μεταξύ των πολύ φαρμακευτικών συνδυασμών εξαρτάται συχνά από το εάν είχε χορηγηθεί επικουρική χημειοθεραπεία, εάν ναι, τι τύπου. Μολονότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με επικουρικά σχήματα, όπως οι κυκλοφωσφαμίδη, η μεθοτρεξάτη και φθοριοουρακίλη, μπορεί ακολούθως να ανταποκριθούν στον ίδιο συνδυασμό σε περίπτωση μεταστατικής νόσου, οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν φάρμακα στα οποία οι ασθενείς δεν έχουν εκτεθεί προηγουμένως. Από τη στιγμή που η νόσος έχει εξελιχθεί μετά τη συνδυασμένη φαρμακευτική θεραπεία, είναι πιο σύνηθες να αντιμετωπιστούν με μεμονωμένους παράγοντες. Δεδομένης της σημαντικής τοξικότητας των περισσότερων φαρμάκων, η χρήση ενός μόνο αποτελεσματικού παράγοντα θα ελαχιστοποιήσει την τοξίκωση απαλλάσσοντας τον ασθενή από την έκθεση σε φάρμακα που θα είχαν μικρή αξία. Δυστυχώς, καμιά μορφή *in vitro* ελέγχου της φαρμακευτικής ευαισθησίας για την επιλογή των φαρμάκων που είναι πιο αποτελεσματικά σε συγκεκριμένο ασθενή δεν αποδείχθηκε χρήσιμη. (Batchelor, 2001)

Οι περισσότεροι ογκολόγοι χρησιμοποιούν είτε μια ανθρακυκλίνη είτε πακλιταξέλη όταν αποτύχει το αρχικό σχήμα. Ωστόσο, η επιλογή πρέπει να σταθμίζεται με τις ατομικές ανάγκες. Η χρήση εξανθρωπισμένου αντισώματος κατά του erbB2 [trastuzumab –Herceptin] σε συνδυασμό με την πακλιταξέλη μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά απόκρισης και την επιβίωση σε γυναίκες των οποίων οι μεταστατικοί όγκοι υπερεκφράζουν erbB2. Η παράταση της επιβίωσης είναι μέτρια με μεταστατική νόσο. Η εφαρμογή στην επικουρική θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί ακόμα πιο ωφέλιμη. Τα τελευταία χρόνια σειρά νεώτερων παραγόντων έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην επίτευξη αντικειμενικών ανταποκρίσεων σε προηγουμένως

θεραπευθέντες ασθενείς και περιλαμβάνει φάρμακα όπως η γεμισιταβίμη, η καπεσιταβίνη, η ναβελμπίνη και η του στόματος ετοποσίδη. (Batchelor, 2001)

5.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το γεγονός ότι η ακτινοθεραπεία δεν έχει και πολύ μεγάλο ρόλο στο προσδόκιμο ζωής, ωστόσο μπορεί να παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα καθώς έχει την δυνατότητα μεταβολής των υποτροπών λειτουργώντας σαν συμπλήρωμα της χειρουργικής θεραπείας. Οι μεταβολές που μπορεί να παρουσιάσει αφορούν την αλλοίωση του δέρματος, τις διαταραχές του ύπνου και το αίσθημα της κόπωσης.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού χρησιμοποιείται συνήθως μετεγχειρητικά ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας θεραπείας, επί ανεγχείρητων περιπτώσεων ,και παρηγορητικά σε περίπτωση μεταστάσεων.

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας, στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, σε όλα τα στάδια. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυαστούν με ακτινοβολήση. Θεωρητικά δόση 40 Gys αποστειρώνει τις μικροσκοπικές εστίες, δόση 50 -55 Gys μικροσκοπικές εστίες και 70-80 Gys είναι δυνατόν να αποστειρώσουν όγκους μεγάλης διαμέτρου. Η ακτινοβολήση του μαστού γίνεται με ακτινοβολία εξ αποστάσεως, η ακτινοβολία αυτή είναι η α) από τα μηχανήματα και Καισίου Κοβαλτίου ακτινοβολία Χ από γραμμικό επιταχυντή ή ηλεκτρόνια (σωματιδιακή) β) από γραμμικό επιταχυντή. (Lambley, 2005)

Ακτινοβολείται η περιοχή του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος, εφόσον έγινε μαστεκτομία και των επιχώριων λεμφαδένων, εάν χρειάζεται (μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι, έσω μαστικοί) με διάφορες τεχνικές και μετά κατάλληλο σχεδιασμό, με σκοπό να δοθεί η μεγαλύτερη δυνατή δόση στο μικρότερο δυνατό πεδίο, με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η δόση που συνήθως μπορεί να δοθεί από απόσταση είναι 45-60 Gys σε 25-30 συνεδρίες.

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.

Οι αλλαγές στο δέρμα είναι η πιο συχνή επιπλοκή που εμφανίζεται στις γυναίκες με συχνότητα 95% περίπου. Εμφανίζεται συνήθως με ερύθημα, φαγούρα, ευαισθησία, ξηρά και τελικά απολέπιση.

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. Η κόπωση εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 90%στις γυναίκες που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. 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 περιέχει μικρές περιόδους ξεκούρασης και η ήπια άσκηση είναι αποτελεσματική της ανακούφισης. (Decherney, Nathan, 2005)

5.4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συχνά συνδυασμός ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Δεν δύναται να γίνει χρήση της ορμονοθεραπείας αυτούσια διότι η δράση της είναι διαφορετική για κάθε ασθενή. Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να λάβει το φάρμακο μόνος του στο δικό του περιβάλλον και δημιουργούνται ορισμένες παρενέργειες όπως η εφίδρωση, οι εξάψεις και η μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας. (Lambley, 2005)

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

Η Ταμοξιφένη (Tamoxifen) ανήκει στην κατηγορία των αντισταρογόνων 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.

Μελέτες έχουν βρει ότι γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε ορμονικό χειρισμό με ταμοξιφένη, έχουν στατιστικώς σημαντικά καλύτερη επιβίωση και ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από το αν ήταν προ ή μετεμμηνοπαυσιακές και ανεξάρτητα από το αν είχαν θετικούς ή αρνητικούς υποδοχείς. Άλλωστε, είναι γνωστό ότι υπάρχει μια ανταπόκριση στη ταμοξιφένη στο 10-25% των περιπτώσεων

με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Απεδείχθη επίσης ότι η ταμοξιφένη έχει την δυνατότητα να προλάβει ένα 2^ο πρωτοπαθές καρκίνωμα στον άλλο μαστό, σε ένα ποσοστό 30% και να μειώσει τη θνησιμότητα από τον ήδη υπάρχοντα καρκίνο του μαστού σε ένα ποσοστό 30%. Επομένως, μπορεί να υποθέσει κανείς ότι η ταμοξιφένη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως χημειοπροφύλαξη σε υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό και άλλα) γυναίκες. (Decherney, Nathan, 2005)

Η ταμοξιφένη, εκτός των ανωτέρω, μειώνει τα τριγλυκερίδια, τα λιπίδια και τη χοληστερίνη, επομένως προστατεύει από τα καρδιαγγειακά επεισόδια, αυξάνει την καθήλωση του ασβεστίου στα οστά και προστατεύει από την οστεοπόρωση, αλλά προκαλεί και σε ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 3%, καρκίνο του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια σχετική επιφυλακτικότητα στη χορήγηση της, σαν χημειοπροφύλαξη.

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 ενδομητρίου, όμως ακόμα και όταν αυτό συμβεί είναι θεραπεύσιμο. Η ορμόνη αυτή είναι συνήθως 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. (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006)

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. (Decherney, Nathan, 2005)

5.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού όπως και κάθε άλλης καταστροφικής πάθησης για τον ανθρώπινο οργανισμό θεωρείται η σπουδαιότερη ενέργεια στον

χώρο της υγείας για την προαγωγή της υγείας και την ευημερία του πληθυσμού. Με τα σημερινά δεδομένα διακρίνονται στοιχεία που υποδηλώνουν πως ο ρόλος του προληπτικού ελέγχου δεν είναι αναγνωρισμένος καθώς ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θνησιμότητας, στις περισσότερες αναπτυγμένες οικονομικές χώρες του κόσμου. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών κινδυνεύουν πρώτα από τον καρκίνο του μαστού, έπειτα από τον καρκίνο του πνεύμονα και τέλος από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. (Lockhart et al., 2007)

Βασικότερος σκοπός τόσο των φορέων της κοινωνίας όσο και του προσωπικού που εργάζεται στην Ιατρική μέριμνα είναι η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τις εξελίξεις που διέπουν την νοσολογία και η παροχή γνώσεων που θα προωθούν την σημασιολογία της πρόληψης ως ένα από τα ουσιαστικότερα προνόμια ενός ενεργού ατόμου.

Η καρκινογένεση στον μαστό της ασθενούς απαιτεί χρόνο για να αναπτυχθεί και περνά ορισμένα στάδια ωρίμανσης του καρκινώματος. Για την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου υπολογίζεται ότι πραγματοποιούνται τουλάχιστον πέντε μεταλλάξεις των καρκινικών κυττάρων μέχρι να φτάσει σε άκρως επικίνδυνη μορφή στον ανθρώπινο οργανισμό. (Piperaki et al., 2010)

Η πρόληψη μπορεί να απαλλάξει την ασθενή από τις επιπτώσεις μιας κακοήθειας ακόμα και από τον θάνατο αρκεί να λάβει υπόψη της ορισμένα κρίσιμα μέτρα κατά την διάρκεια του βίου της. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού εξαρτάται ως ένα σημείο από το στάδιο που διαγνώστηκε. Η έγκαιρη διάγνωση βελτιώνει ολόκληρο το θεραπευτικό πλάνο ενός ασθενούς. (Lostumbo et al., 2011)

Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι σημαντικότερες παράμετροι που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη η γυναίκα για την πρόληψη καρκίνου του μαστού:

Κληρονομικότητα

Η γυναίκα άτομο οφείλει να γνωρίζει αν βρίσκεται στις ομάδες αυξημένου κινδύνου για πρόκληση καρκίνου διότι όταν το οικογενειακό ιστορικό δηλώνει κρούσματα με καρκινογένεση τότε με βάση την κληρονομική διάθεση αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό οι πιθανότητες πρόκλησης καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα φαίνεται να υπάρχουν γενετικά γονίδια τα οποία έχουν την προδιάθεση να εμφανίσουν καρκίνωμα αλλά εντοπίζονται με εξειδικευμένες εξετάσεις σε άτομα υψηλής επικινδυνότητας.

Ένα παράδειγμα της παραπάνω θεωρίας είναι το γονίδιο *brca1* από το χρωμόσωμα 17 που καλείται και ως ογκοκατασταλτικό. Το γονίδιο αυτό ορίζεται παθολογικό και σε ορισμένες οικογένειες που προσβλήθηκαν από καρκίνο των ωοθηκών δείχνει να συνοδεύει με υψηλή συχνότητα τον καρκίνο του μαστού. (Piperaki et al., 2010)

Έμμηνος ρύση

Φαίνεται πως γυναίκες που έχουν πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύση και συγκεκριμένα πριν το 12^ο έτος της ηλικίας τους ή καθυστερημένη έμμηνόπαυση (δηλαδή να επέλθει μετά το 55^ο έτος της ηλικίας τους) παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα δημιουργίας κακοήθους μορφής καρκίνου του μαστού.

Η άποψη αυτή συνδυάζεται και με το ενδεχόμενο η γυναίκα να διαθέτει ορμονική δυσλειτουργία που απαιτεί την μακρόχρονη λήψη οιστρογόνων. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι είναι απαραίτητος ο προληπτικός έλεγχος και η τακτική παρακολούθηση μιας τέτοιας γυναίκας διότι το υπόβαθρο της υγείας της θεωρείται κατάλληλο για την ανάπτυξη κακοήθους όγκου. (Lockhart et al., 2007)

Σωματικό βάρος

Η Ιατρική Επιστήμη και οι ερευνητικές ομάδες δηλώνουν πως η συσσώρευση του λίπους στο σώμα ενός ατόμου συνεπάγεται 17% αύξηση για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Μάλιστα καθοριστικός παράγοντας για τα παχύσαρκα ή υπέρβαρα άτομα θεωρείται και η ηλικία που σηματοδοτήθηκε η πρόσληψη των παραπανήσιων κιλών.

Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της γυναίκας που παρετρέπη από το φυσιολογικό σωματικό βάρος τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Θα πρέπει λοιπόν να καθιερωθεί από τον ίδιο τον άνθρωπο ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα που θα βασίζεται σε όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά προκειμένου να λαμβάνει μια φυσιολογική μάζα σώματος και να μειώνει το κίνδυνο πρόκλησης παχυσαρκίας. (Lockhart et al., 2007)

Τακτικός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος

Όλες οι γυναίκες μετά από κάποια ηλικία της ζωής τους (μετά τα 40 έτη) οφείλουν να τηρούν έναν άξονα προληπτικού χαρακτήρα, ο οποίος θα περιλαμβάνει εκείνες τις εξετάσεις που μπορούν να ανιχνεύσουν οποιοδήποτε εύρημα που σηματοδοτεί ανάπτυξη καρκινώματος.

Η μαστογραφία και ο υπέρηχος μαστού θεωρούνται ως οι αποδοτικότερες μέθοδοι διάγνωσης καρκινογένεσης, συνδυαστικά βέβαια με την ψηλάφηση. Σε

γυναίκες που έχουν νοσήσει στο παρελθόν από καρκίνο της μήτρας ή των ωοθηκών η απεικονιστική πρόληψη επιβάλλεται να πραγματοποιείται κάθε χρόνο καθώς φαίνεται να αυξάνονται οι πιθανότητες γονιδιακών μεταλλάξεων των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά. Εξίσου αυξημένο κίνδυνο χαρακτηρίζει και τις γυναίκες που λόγω ορμονικού προβλήματος έκαναν λήψη αντισυλληπτικών χαπιών για μακρόχρονο διάστημα. (Piperaki et al., 2010)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η πρόληψη αποτελεί θεμελιώδη λίθο για την προαγωγή της υγείας και συσχετίζεται άμεσα με την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες οφείλουν για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας να ακολουθούν μια συχνή ιατρική καθοδήγηση η οποία θα περιλαμβάνει αρχικά την αυτοεξέταση και την ψηλάφηση των μαστών από τον γυναικολόγο και στην συνέχεια τον απεικονιστικό έλεγχο μέσω ιδίως της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος. Η προσωπική προσπάθεια δεν σταματά σε αυτό το σημείο. Θα πρέπει να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα συγκαταλέγεται η φυσική άσκηση και η απουσία καταχρηστικών παραγόντων όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Ακόμα και αν είναι δεν εφικτός ο τακτικός προληπτικός έλεγχος λόγω αδυναμίας κατανόησης της δραστηριότητας του τουλάχιστον θα στοχεύουμε σε μια έγκαιρη διάγνωση για κακοήθεια του μαστού η οποία θα εξασφαλίζει από την μια το επιθυμητό αποτέλεσμα της πλήρους ίασης και από την άλλη την διατήρηση της συνολικής μάζας του μαστού (αποφυγή χειρουργικής επέμβασης που ελαχιστοποιεί τον γυναικείο μαστό π.χ μερική μαστεκτομή). (Lockhart et al., 2007)



Εικόνα 6: Πρόληψη

[\(http://www.medicaland.gr/\)](http://www.medicaland.gr/)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ
ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

6.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά τις πρόσφατες στρατηγικές φαίνεται ότι ο καρκίνος μαστού προσβάλλει 1 στις 10 γυναίκες. Με τις νεότερες διαγνωστικές μεθόδους και την ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου αλλά και του κοινού με τα μέσα ενημέρωσης επί του θέματος αυτού ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται νωρίτερα, σε νεότερες γυναίκες με ενεργό απασχόληση για τις οποίες οι εξωτερικές “προθέσεις” δεν αποτελούν ικανοποιητική λύση. (Poggi, Harney, 2003)

Επί πλέον η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού γίνεται ολοένα και πιο συντηρητική καθότι έχει αποδειχθεί πλέον ότι οι περισσότερες και πιο ριζικές ακρωτηριάστρες επεμβάσεις δεν έχουν πλεονεκτήματα έναντι των νεότερων πιο συντηρητικών επεμβάσεων οι οποίες διατηρούν το θωρακικό μυ ή και ακόμη ένα τμήμα του μαστού. Η εφαρμογή της αποκαταστάσεως του μαστού πρέπει να θεωρείται δικαιολογημένη εφ’ όσον δεν παρεμποδίζει τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου και δεν επηρεάζει την πορεία και έκβαση του καρκίνου ως νόσου. Επιπλέον έχει αποδειχθεί η τεράστια ευεργετική επίδραση της ανακατασκευής εις το ψυχισμό των γυναικών που προσβάλλονται από την νόσο και τις οποίες προσφέρεται ως λύση η ανακατασκευή. (Μανδρέκας, 2009)

6.2 ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

6.2.1 ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει ο μαστός για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στην μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθήσα ασθενή, όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι. (Buckman, 2000).

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δυο πλευρές. Η προσθήκη θα πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού-και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να

φορέσει τον στηθόδεσμο της-, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Για να κρατηθεί η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη. Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μακραίνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμα να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δυο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα την προσθήκη. (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006)

Στο σπίτι: αυτό το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθεια της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστάται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες. Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένο στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση. (Khan et al., 2012)

6.2.2 ΜΟΝΙΜΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι:

- **Επιθυμία της ασθενούς:** θεωρείται αυτονόητη, παρόλο που όχι σπάνια η ασθενής επιθυμεί πρωτίστως να απαλλαγεί από τον καρκινοπληγέντα μαστό και τον καρκίνο γενικότερα. Πολλές φορές, η επιθυμία της ασθενούς για αποκατάσταση μένει ανεκπλήρωτη, διότι δεν υπάρχει ειδικός πλαστικός χειρουργός. Άλλες φορές τυχαίνει ο χειρουργός της να έχει αντίθετη γνώμη και να καταπνίγει την επιθυμία της ασθενούς

- **Ηλικία:** Συνήθως, νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού τους για ευνόητους λόγους.

- **Μέγεθος του όγκου:** είναι γνωστό ότι μεγάλοι όγκοι, με διάμετρο άνω των 4cm συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης για αργότερα (αν βέβαια γίνει μαστεκτομή). (Buckman, 2000).

- Λεμφαδενική κατάσταση: όταν η μασχάλη είναι προσβεβλημένη, μεγάλης προγνωστικής αξίας είναι ο αριθμός των αδένων, γιατί ενώ για N_0 το ποσοστό τοπικής υποτροπής είναι μόνο 2%, όταν οι αδένες είναι άνω των 10 το ποσοστό είναι 35%. Στην περίπτωση αυτή, φρόνιμο είναι να περιμένει κανείς.

- Ιστολογική εικόνα: όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση και πρώιμη αποκατάσταση. Ο ιστολογικός τύπος κάθε όγκου, ο βαθμός κακοήθειας, η διήθηση αγγείων και λεμφαδένων, η παρουσία νεκρωτικών εστιών και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά την απόφαση και μεταθέτουν την αποκατάσταση για αργότερα.

- Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου: όγκοι με ταχεία εξέλιξη και έντονες τοπικές αλλοιώσεις, όπως δερματικό λεμφοίδημα, φλεγμονή και άλλα, πολύ συχνά καταλήγουν σε τοπική υποτροπή.

- Σχήμα θεραπείας: το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας παραδείγματος χάριν ακτινοθεραπείας, αναβάλουν την αποκατάσταση για ευθύτερο χρόνο. (Μανδρέκας, 2009)

6.2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Αποκατάσταση του μαστού με διάταση του δέρματος και ένθεμα σιλικόνης

Αποτελεί την απλούστερη μέθοδο αποκατάστασης του μαστού. Η αποκατάσταση διενεργείται συνήθως σε δύο χρόνους. Κατά το πρώτο χρόνο διενεργείται η παρασκευή της θήκης κάτω από το δέρμα της μαστεκτομής και τον σύστοιχο μείζονα θωρακικό μυ. Εντός αυτής τοποθετείται η διάταση του δέρματος, ο οποίος αποτελείται από ένα μπαλόνι σιλικόνης που φέρει ή συνδέεται με βαλβίδα η οποία τοποθετείται υποδορίως. Η ασθενής προσέρχεται ανά 15μερον στα εξωτερικά ιατρεία και διενεργείται έγχυση 40 έως 60 κ. εκ φυσιολογικού ορού έως ότου επέλθει η επιθυμητή διάταση του δέρματος. Ακολουθεί μετά από 3-6 μήνες η αποκατάσταση του διατατή με μόνο ένθεμα σιλικόνης, που είναι τραχείας επιφάνειας, μειωμένης διαπερατότητας και περιέχει φυσιολογικό ορό ή γέλη σιλικόνης. (Buckman, 2000)

Είναι δυνατή σε ορισμένες περιπτώσεις η τοποθέτηση από την αρχή, σε ένα χρόνο, ειδικού μόνιμου ενθέματος σιλικόνης σε συνδυασμό με διατατή του δέρματος που φέρει ειδική βαλβίδα δια της οποίας εγχύουμε φυσιολογικό ορό μέχρι να αποκτήσουμε τον επιθυμητό όγκο.

2.Αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του πλατέος ραχιαίου μυός και ένθεμα σιλικόνης

Η μέθοδος αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει ικανή ποσότητα δέρματος για τη δημιουργία της θήκης και όταν το δέρμα είναι ουλώδες ή έχει αλλοιωθεί από την ακτινοθεραπεία (ακτινοδερματίτιδα), οπότε χρειάζεται να αντικατασταθεί με υγιές δέρμα. Στην περίπτωση αυτή διενεργείται η εκτομή του αλλοιωμένου δέρματος και η αντικατάσταση του με υγιές δέρμα από την ράχη, δια της μεταφοράς του νησιδωτού μυοδερματικού κρημνού του πλατέος ραχιαίου μυός. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται η θήκη κάτω από την οποία τοποθετείται το ένθεμα σιλικόνης. (Khan et al., 2012)

3.Αποκατάσταση του μαστού με τον μυοδερματικό κρημνό του ορθού κοιλιακού μυός

Κατά τη μέθοδο αυτή αποκατάστασης του μαστού χρησιμοποιούνται αυτόλογοι ιστοί και δεν χρειάζεται η χρησιμοποίηση ενθεμάτων σιλικόνης. Προτιμάται στις ασθενείς που διστάζουν να τοποθετήσουν ξένα ενθέματα και σε εκείνες που θέλουν να κάνουν συγχρόνως κοιλιοπλαστική. Έχει το μειονέκτημα του μακρού χειρουργικού χρόνου (4-5 ώρες) και το αδυνάτισμα των κοιλιακών τοιχωμάτων και τη δημιουργία κοιλιοκήλης, που ίσως να χρειαστεί η τοποθέτηση πλέγματος για την ενίσχυση τους.

Ο κυριότερος αυτόλογος ιστός που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του μαστού είναι ο εγκάρσιος νησιδωτός μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός (TRAMFLAP). Κατά την μέθοδο αυτή λαμβάνεται ορθός κοιλιακός μυς με εγκάρσια νησίδα δέρματος της υπομφαλίου χώρας, η οποία αγγειούται από τον υποκείμενο μυ. Ο μυς διερχόμενος δια μέσου παρασκευασθείσης υποδορίου σήραγγας, δημιουργεί τον όγκο του μαστού και συγχρόνως αντικαθιστά το αλλοιωθέν δέρμα της περιοχής της μαστεκτομής. (Σαχίνη, 2000)

4.Η αποκατάσταση του μαστού με ελεύθερους μυοδερματικού κρημνούς

Άλλη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι με την χρήση ελεύθερων μυοδερματικών κρημνών, εκ των οποίων ο σπουδαιότερος είναι ο ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός. Κατά τη μέθοδο αυτή λαμβάνεται τμήμα του ορθού κοιλιακού μυός με το υπερκείμενο δέρμα και με τα αγγεία του (άνω επιγάστρια αγγεία), τα οποία με τη βοήθεια χειρουργικού μικροσκοπίου ενώνονται με τα αγγεία της προς αποκατάσταση περιοχής (συνήθως τα αγγεία της έσω μαστικής) ακολουθεί η δημιουργία του μαστού. Είναι μια χρονοβόρα

μέθοδος (8-12 ώρες), η οποία χρειάζεται την ύπαρξη χειρουργικού μικροσκοπίου και πεπειραμένου προσωπικού, έχει όμως το πλεονέκτημα του πολύ καλού αισθητικού αποτελέσματος και τον μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

5. Άλλες μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού με τη χρήση αυτόλογων ιστών

Είναι η αποκατάσταση του μαστού με τη χρήση του ελεύθερου μείζονος γλουτιαίου μυός και του ελεύθερου κρημνού της κάτω επιγαστρίας αρτηρίας DTIC (Deep Inferior Epigastric Flap). (Μανδρέκας, 2009)

6.2.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ

Τα ενθέματα διακρίνονται ανάλογα με την επιφάνεια, το σχήμα τους και το περιεχόμενο τους. Ανάλογα με την επιφάνεια τους διακρίνονται σε λείας και τραχείας επιφάνειας. Ανάλογα με το σχήμα τους σε στρογγυλά και ανατομικά. Ανάλογα με το περιεχόμενο σε φυσιολογικό ορό, σε γέλης σιλικόνης και στερεοποιημένης σιλικόνης. Υπάρχουν επίσης μόνιμα ενθέματα που συνδυάζουν το περιεχόμενο γέλης σιλικόνης με διάταση δέρματος φυσιολογικού ορού.

Κατά τον δεύτερο χρόνο της αποκατάστασης του μαστού διενεργείται συγχρόνως και η επέμβαση εξομοίωσης του υγιούς μαστού, είτε υπό τη μορφή σμίκρυνσης είτε υπό την μορφή ανόρθωσης. Ακολουθεί μετά τρίμηνο περίπου η αποκατάσταση της θηλής. Η θηλαία άλωσ αποκαθιστάται με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα ληφθέν από την μηροβουβωνική πτυχή ή από τα μεγάλα χείλη του αιδοίου όπου η χροιά του δέρματος είναι παρόμοια με την χροιά της θηλαίας άλω του υγιούς μαστού. Η θηλή αποκαθιστάται με την παρασκευή μικρών τοπικών κρημνών δίκηνη προπέλας και συραφέντων καταλλήλως. (Khan et al., 2012)

Η απλούστερη μέθοδος αποκατάστασης του μαστού είναι και η καλύτερη. Η προσπάθεια του πλαστικού χειρουργού είναι η δημιουργία ενός μαστού κατά το δυνατόν όμοιο και συμμετρικού με τον υγιή μαστό. Ανεξάρτητα με ποια μέθοδος αποκατάστασης του μαστού θα χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να υπάρχει ένα μίγμα επιστήμης, τέχνης, χειρουργικής κατάρτισης, επιμονής, υπομονής, συνεργασίας και κατανόησης της ασθενούς και ίσως λίγη τύχη για να επιτευχθεί το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. (Μανδρέκας, 2009)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Από τη στιγμή που μια γυναίκα θα διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού τα πρώτα συναισθήματα που θα παρουσιαστούν είναι του φόβου και του άγχους. Επίσης, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται κατάθλιψη και αυτό οδηγεί στην κοινωνική της απομόνωση. Είναι πάρα πολύ σημαντικό και παίζει πολύ μεγάλο ρόλο το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της ασθενούς στον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα. (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006)

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο από την στιγμή που θα διαγνωστεί η νόσος να βοηθήσει την ασθενή στην αποδοχή του συγκεκριμένου προβλήματος και στην προετοιμασία της να εισέλθει στο νοσοκομείο για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Σ' αυτό το σημείο ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει και την ασθενή αλλά και την οικογένεια της για το ποια είναι η διαδικασία της επέμβασης, ο χρόνος που διαρκεί και ποιες επιπλοκές είναι πιθανό να υπάρξουν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή επίσης στο συγκεκριμένο στάδιο είναι να βοηθήσει την ασθενή όσο δύναται να ανεβάσει την ψυχολογία της και να πετύχει την αναπέρωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης που έχει. (Poggi, Harney, 2003)

7.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

7.2.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική φροντίδα αποτελεί το στάδιο κατά το οποίο ο νοσηλευτής φροντίζει την ασθενή από τη στιγμή που έχει προγραμματιστεί η χειρουργική επέμβαση μέχρι και να μεταφερθεί στο χειρουργείο. Ο ρόλος του νοσηλευτή και σε αυτό το στάδιο είναι πολυδιάστατος. Αυτό σημαίνει ότι λειτουργεί ως εκπαιδευτής, υποστηρικτής και προαγωγός της υγείας. (Cruickshank et al., 2005)

Στην προεγχειρητική φροντίδα ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του άγχους της ασθενούς και των επιπλοκών που δύναται να παρουσιαστούν μετέπειτα. Εκτός από την εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με την χειρουργική επέμβαση και τις επιπλοκές που δύναται να παρουσιαστούν, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει και να ενημερώσει το οικείο περιβάλλον της ασθενούς.

Παράλληλα, για την καλύτερη νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα θα πρέπει να δίνεται βάση στις προσωπικές, ψυχολογικές και σωματικές ανάγκες της. Γι αυτό το λόγο θεωρείται σημαντική η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού που θα συμβάλλει στην καλύτερη εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί μια διαδικασία που προκαλεί άγχος και στην ασθενή αλλά και στην οικογένειά της. Αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακούει προσεκτικά την ασθενή και να αντιλαμβάνεται τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα που θέλει να μεταφέρει. Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης και γίνεται πιο αποτελεσματική η ψυχολογική στήριξη του νοσηλευτή στην ασθενή και στην οικογένειά του. (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006)

7.2.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ξεκινά από την στιγμή που η ασθενής συνέρχεται μετά από την χειρουργική επέμβαση. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμά την εξέλιξη της θεραπείας με ολιστική όψη των παρατηρήσεων δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην σωματική αποκατάσταση όσο και στην ακέραια ψυχοσύνθεση του ατόμου. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν την μαστεκτομή διαχωρίζονται σε οργανικές και ψυχικές διότι οι επιδράσεις από αυτού του είδους θεραπείας εισβάλλουν τόσο στο σώμα όσο και στην ψυχή. (Cruickshank et al., 2005)

Τα προβλήματα οργανικής προέλευσης αποτελούνται από τον μετεγχειρητικό πόνο και το σύνδρομο του χρόνιου πόνου που εκδηλώνεται σε ποσοστό 20-30 % των συνολικών κρουσμάτων. Ο χρόνιος πόνος είναι η επιμονή της μασταλγίας στο σημείο που αφαιρέθηκε ο μαστός που δεν υποχωρεί με την φαρμακευτική αγωγή απλά μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Ορισμένες φορές παρουσιάζεται λεμφοίδημα και περιορισμός της κινητικής ικανότητας του άνω άκρου που συνδέεται με τον προσβάλλον μαστό.

Αντιθέτως τα ψυχολογικά προβλήματα είναι το σύνολο των συναισθημάτων και των αρνητικών σκέψεων που συνοδεύουν την εγκατάσταση καρκίνου και μάλιστα κακοήθους μορφής στον άνθρωπο. Οι πιο συνηθισμένες περιπτώσεις ασθενών με ψυχολογικές επιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος, φοβία και καταθλιπτικές αντιλήψεις. (Poggi, Harney, 2003)

Ως προς τα οργανικά προβλήματα ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

- Ø Χορηγεί κατόπιν ιατρικής εντολής αναλγητικά για την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο
- Ø Ενημερώνει την ασθενή για το ποια είναι η κατάλληλη θέση στην κλίνη
- Ø Φροντίζει να μετακινεί η ασθενής το χέρι της, σύμφωνα πάντα και με τις οδηγίες του φυσικοθεραπευτή, ως προς το πλαίσιο της άσκησης και της ενδυνάμωσης του μυϊκού τόνου.
- Ø Φροντίζει να αποφεύγονται οι περιττές κινήσεις
- Ø Φροντίζει για την πρόληψη τραυματισμού
- Ø Καθοδηγεί την ασθενή να περιορίζει την χρήση του χεριού, από την μεριά που εξετελέσθη η μαστεκτομή, σε καθημερινές αναγκαίες δραστηριότητες (όπως είναι το πλύσιμο του προσώπου ή το χτένισμα των μαλλιών).

Μετά την αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση, οι ασθενείς με καρκίνο μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για όλη τους τη ζωή για δύο λόγους: για να εντοπιστούν υποτροπές και για παρακολουθηθεί ο άλλος μαστός για δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα. Οι τοπικές και οι απομακρυσμένες υποτροπές συμβαίνουν πιο συχνά μέσα στα 3 πρώτα χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η ασθενής εξετάζεται κάθε 3-4 μήνες. Ακολούθως, εξετάζεται κάθε έτος. Ειδική προσοχή δίνεται στον εναπομείναντα μαστό, γιατί 10% των ασθενών εμφανίζουν καρκίνο μαστού στον άλλο μαστό.

Η ασθενής πρέπει να εξετάζει το μαστό της μόνη της μηνιαίως, και μια μαστογραφία πρέπει να διενεργείται ετησίως. Σε μερικές περιπτώσεις, οι μεταστάσεις μπορούν να παραμείνουν υποκλινικές για μεγάλο χρονικό διάστημα και να εμφανιστούν 10-15 χρόνια ή ακόμα και αργότερα μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου.

Οι οιστρογονικοί και προγεστερονικοί παράγοντες σπάνια χρησιμοποιούνται για μία ασθενή χωρίς νόσο μετά την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς καρκίνου μαστού, ειδικά αν ο όγκος είχε θετικούς υποδοχείς. Πάντως, μελέτες έχουν αποτύχει να δείξουν αντίθετο αποτέλεσμα των ορμονικών παραγόντων σε ασθενείς που είναι ελεύθεροι νόσου. Πράγματι, ακόμα και η εγκυμοσύνη δεν έχει ξεκάθαρα συσχετιστεί με μικρότερα ποσοστά επιβίωσης ασθενών, παρόλο που οι περισσότεροι ογκολόγοι είναι επιφυλακτικοί να συμβουλευθούν μία νέα κοπέλα με καρκίνο του μαστού ότι μπορεί να μείνει έγκυος, και είναι ακόμη πιο επιφυλακτικοί να συστήσουν ορμονική θεραπεία αποκατάστασης στη γυναίκα με καρκίνο μαστού που είναι μετεμμηνοπαυσιακή.

Η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης με οιστρογόνα μπορεί να συσταθεί σε μια γυναίκα με ιστορικό καρκίνο μαστού μετά από εκτεταμένη συζήτηση για τους κινδύνους και τα οφέλη από μια τέτοια θεραπεία για καταστάσεις όπως πολύ βαριά οστεοπόρωση και εξάψεις. Η ραλοξιφαίνη μπορεί να αποδειχθεί ότι είναι η κατάλληλη θεραπεία υποκατάστασης ώστε να εμποδίσει την εμφάνιση οστεοπόρωσης μετά καρκίνο του μαστού, αλλά μέχρι τώρα δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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. Η χημειοθεραπεία αποφέρει σημαντικές διαταραχές σε πολλά συστήματα του οργανισμού για αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί και να αξιολογεί συνολικά την κατάσταση και την εξέλιξη της ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα:

- Ø Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.
- Ø Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής διδάσκει και καθοδηγεί την ασθενή στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- Ø 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.
- Ø Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.
- Ø 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.
- Ø 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.

- Ø Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά.
- Ø Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνονται με το βρασμό.
- Ø 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. (Cruickshank et al., 2005)
- Ø Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- Ø 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.
- Ø Εξήγηση της ασθενούς για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση.
- Ø Ενημέρωση αυτής, ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά (Aspirin, Epiral) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.
- Ø Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (T. 14-18g/ml αίματος και 37-47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.
- Ø Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο η φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.
- Ø Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.
- Ø Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.
- Ø Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος της ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Ø Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.

- Ø Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα της καρκινοπαθούς.
- Ø Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.
- Ø Ενημέρωση της καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
- Ø Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας.
- Ø Ενημέρωση της γυναίκας, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως π.χ. τοποθέτηση παγοκύστης.
- Ø Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- Ø Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- Ø Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια. (Πατηράκη- Κουρμπάνη, 2006)

7.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία παρουσιάζεται με πολλές διαστάσεις και περιλαμβάνει εκτός από την φροντίδα την εκπαίδευση, την ενημέρωση, τη συμβουλευτική και την υποστήριξη της ασθενούς. (Cruickshank et al., 2005)

Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει:

- Ø Να ενημερώσει την ασθενή για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθηθεί, για το σκοπό αυτής και για τις παρενέργειες που πρόκειται να υπάρξουν. Η ενημέρωση της ασθενούς είναι υψίστης σημασίας καθώς όσο καλύτερα αποδεχθεί η ασθενής την διαδικασία τόσο μικρότερες πιθανότητες υπάρχουν να παρουσιαστούν αγχωτικά συναισθήματα και ψυχικές εντάσεις.
- Ø Να εξηγήσει με λεπτομέρειες στην ασθενή την διαδικασία της ακτινοθεραπείας σχετικά με τον εξοπλισμό που θα χρησιμοποιηθεί, την διάρκεια καθώς επίσης και το ενδεχόμενο ακινητοποίησης της ασθενούς σε

όλη τη διαδικασία. Ειδικότερα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επεξηγήσει στην ασθενή ότι δεν πρόκειται για επώδυνη διαδικασία και οι ήχοι που ακούγονται κατά τη διάρκεια αυτής είναι φυσιολογικοί από τα μηχανήματα. Επίσης η ακινητοποίηση της ασθενούς δεν είναι πάνω από 10 λεπτά.

- Ø Να διευκρινίσει ότι λαμβάνονται μέτρα προστασίας του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία και τον τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Ø Να λαμβάνει μέτρα προκειμένου να προληφθούν οι παρενέργειες από την συγκεκριμένη διαδικασία καθώς επίσης και να λαμβάνει μέτρα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ενδεχόμενες παρενέργειες. Παραδείγματος χάριν, μια από τις παρενέργειες είναι η ακτινοδερματίτιδα. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να παρακολουθείται το δέρμα του ασθενούς από τον νοσηλευτή για ερυθρότητα και ξηρότητα.
- Ø Να συμβουλεύει την ασθενή να μην χρησιμοποιεί αλοιφές, λοσιόν, επιθέματα και λευκοπλάστ ενώ δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται αντισηπτική βαρέων μετάλλων όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου. Ωστόσο, κατόπιν ιατρικής εντολής μπορεί να χρησιμοποιηθεί υδροκορτιζόνης, σπρέι και γάζες Lanett wax.
- Ø Να συμβάλλει στην βοήθεια της ασθενούς στις καθημερινές δραστηριότητες σε περίπτωση που η ασθενής εμφανίσει αδυναμία ή κόπωση.
- Ø Να στηρίζει ψυχολογικά την ασθενή για τις αλλαγές που δύναται να παρουσιαστούν στην εμφάνιση της όπως είναι η τριχόπτωση. (Cruickshank et al., 2005)

7.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Όπως υποστηρίζεται από τους περισσότερους, ο καρκίνος είναι μια νόσος η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί «συμφορά» της σύγχρονης εποχής και παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά θανάτου με αποτέλεσμα να βάζει σε κίνδυνο το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου πληθυσμού.

Εκτός από τον ίδιο τον ασθενή, επηρεάζεται και το οικογενειακό του περιβάλλον σε όλη την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας, δηλαδή από την στιγμή που θα διαγνωστεί μέχρι να θεραπευτεί και να αντιμετωπιστεί. Αυτό σημαίνει ότι όσον αφορά την αποδοχή της νόσου που είναι όπως προαναφέραμε ο πιο βασικός παράγοντας για να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί θα πρέπει ο ασθενής να

υποστηριχθεί εκτός από το επιστημονικό προσωπικό και από το οικογενειακό του περιβάλλον. (Mustafa et al., 2013)

Όταν μια γυναίκα ενημερώνεται ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, τις περισσότερες φορές απομονώνεται κοινωνικά και αρνείται να έρθει σε επαφή με τους συνανθρώπους της. Στην περίπτωση βέβαια που ταυτόχρονα αλλάζει και η οικονομική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί, τότε αυτή η κοινωνική απομόνωση το πιο πιθανό είναι να παρουσιαστεί και κατά την διάρκεια της ασθένειας και κατόπιν στην φάση που γίνεται η αποκατάσταση. Όταν η ασθενής με καρκίνο του μαστού δεν έχει κάποια οικονομική βοήθεια καθώς τίθεται η ανάγκη να αγοραστούν φάρμακα ώστε να προσαρμοστεί στην νέα της ζωή τότε δεν έχει την δυνατότητα να συνεχίσει να δραστηριοποιείται κοινωνικά και να ζήσει έναν παρεμφερή τρόπο ζωής όπως και πριν την διάγνωση της νόσου. (Ιακωβίδης, 2007)

Εκτός από τον παράγοντα οικονομική κατάσταση, η ασθενής δύναται να απομονωθεί κοινωνικά λόγω της χειρουργικής επέμβασης που περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού. Με βάση τα προαναφερθέντα, η εμφάνιση της γυναίκας αλλάζει και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην νιώθει άνετα όταν βρίσκεται με άλλους συνανθρώπους της και να χάνει σταδιακά την αυτοεκτίμηση της κάτι το οποίο δεν συνέβαινε πριν νοσήσει. Έτσι λοιπόν, οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή ογκεκτομή δεν εμφανίζονται σε μέρη όπου το σώμα τους θα βρίσκεται σε κοινή θέα.

Είναι πάρα πολύ σημαντικό για να εξελιχθεί η ασθένεια σε όλα τα στάδια της θετικά και πιο αποτελεσματικά να υποστηριχθεί ψυχολογικά η ασθενής από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της. Η γυναίκα στην αρχή και μετά την χειρουργική επέμβαση είναι καλό να ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες εντός της οικίας της για να νιώσει καλύτερα ψυχολογικά και να δει με θετικό μάτι τον νέο τρόπο ζωής της. Με την υποστήριξη των οικείων ατόμων του περιβάλλοντος της και όταν σταδιακά θα ανέβει η αυτοεκτίμηση της και η ψυχολογία της τότε θα μπορέσει να παίρνει μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες και θα εμφανίζεται πιο συχνά σε δημόσιους χώρους. (Lambley, 2005)

Με βάση τα παραπάνω καταλαβαίνουμε όλο και περισσότερο ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της γυναίκας που έχει νοσήσει παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο και δρουν καταλυτικά στο να αποδεχτεί την κατάσταση της και τον νέο τρόπο ζωής.

Αυτό τον υποστηρικτικό ρόλο τον έχουν και οι νοσηλευτές οι οποίοι παρεμβαίνουν και συμβάλλουν στην ενημέρωση όχι μόνο της ασθενούς αλλά και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος της για το πώς θα είναι πιο ομαλή η ένταξη της στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε παρόμοιες περιπτώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό προτείνει στους πάσχοντες να έρθουν σε επαφή με άτομα τα οποία είτε αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα είτε έχουν ξεπεράσει τις ίδιες καταστάσεις. Αυτό είναι καλό να γίνεται διότι αποδέχονται πιο γρήγορα το πρόβλημα τους και ξεπερνούν τα συναισθήματα του φόβου και του άγχους που έχουν. (Ιακωβίδης, 2007)

Είναι επίσης πάρα πολύ σημαντικό για την αντιμετώπιση της ασθένειας και η στάση που έχουν οι σύζυγοι των ασθενών εάν βέβαια υπάρχουν. Ο σύζυγος της γυναίκας που νοσεί αντιμετωπίζει τα ίδια ακριβώς συναισθήματα με την ίδια δηλαδή τον φόβο και το άγχος. Παρόλα αυτά όμως θα πρέπει να είναι αισιόδοξος και να προσπαθεί να βοηθήσει την ασθενή να συνεχίσει την ζωή της όπως και πριν διαγνωστεί η ασθένεια. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί και αφορούν τον σεξουαλικό τομέα στην ζωή του ζευγαριού έδειξαν ότι δεν αποτελεί τον βασικό λόγο για διαζύγιο. (Mustafa et al., 2013)

Οι νοσηλευτές, συζητούν με τους συζύγους των ασθενών και τους συνιστούν να έχουν υπομονή, ψυχραιμία και να είναι αισιόδοξοι όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου. Επίσης θα πρέπει να παρέχουν την βοήθεια τους στο να επανενταχθούν οι ασθενείς στο κοινωνικό περιβάλλον και να δραστηριοποιούνται κοινωνικά. (Lambley, 2005)

Στην περίπτωση που μέσα στην οικογένεια υπάρχουν και παιδιά (σ' αυτό το σημείο αναφερόμαστε κυρίως για εφήβους και για παιδιά σε πιο μικρή ηλικία) πρέπει να πούμε ότι θέλουν να γνωρίζουν ακριβώς τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν μέσα στην οικογένεια τους. Πόσες πληροφορίες θα δώσουν οι γονείς στα παιδιά τους εξαρτάται από την ηλικία τους και την προσωπικότητα του. (Ιακωβίδης, 2007)

Το πιο σημαντικό θέμα που απασχολεί τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι ο τομέας της εργασίας και αν θα μπορέσουν να συνεχίσουν να δουλεύουν όσο διαρκούν οι θεραπείες για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έχουν ενημερωθεί για την ασθένεια τους και την έχουν αποδεχτεί θέλουν να συνεχίσουν την εργασία τους ακόμα και με μειωμένο ωράριο. Όλοι οι άνθρωποι και πιο συγκεκριμένα οι καρκινοπαθείς έχουν σαν στόχο να διατηρήσουν το επίπεδο της οικονομικής τους ζωής, να εξασφαλίσουν την

φαρμακευτική τους θεραπεία, να έχουν μια ασφάλεια και να μπορέσουν να συνταξιοδοτηθούν. Είναι πολύ σημαντικό για την ασθενή να επιστρέψει στον χώρο εργασίας της διότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να αισθανθεί ότι είναι απαραίτητη και χρήσιμη στο κοινωνικό περιβάλλον και όσο είναι δυνατόν να ξεχάσει το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει. Η επιστροφή της γυναίκας στο εργασιακό περιβάλλον ταυτίζεται με ένα προβληματισμό ο οποίος έγκειται στην αντιμετώπιση που θα απολαύσει από τους συναδέλφους της καθώς και στην δυνατότητα της εκ νέου εναρμόνισης της στο ευρύτερο κλίμα της εργασίας της. (Κονιάρη, 2007)

7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όπως είναι γνωστό, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια ενώ παράλληλα είναι γνωστό ότι αιτιολογικοί παράγοντες όπως είναι η ρύπανση του περιβάλλοντος επηρεάζουν.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ως μέλος μιας υγειονομικής ομάδας, θα πρέπει να συμβάλλει στην υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιώντας τακτικές, με στόχο την ενημέρωση και τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν το μήνυμα της πρόληψης ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μπορεί να προάγει την υγεία του ατόμου. Για την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων πρόληψης συνδέονται παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί. (Harvard Medical School, 2005)

Αυτό σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ενημερώνει τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης και τους προστατευτικούς. Μπορεί να ρυθμίζει διαιτολόγια, να παρεμβαίνει σε διατροφικές συνήθειες, να συνιστά στις γυναίκες να καταναλώνουν τροφές πλούσιες βιταμίνες, κυρίως Α και C, φρούτα, λαχανικά και φτωχές σε λίπος ζωικής προέλευσης, όπως κόκκινα κρέατα.

Επίσης, τονίζει τη σημασία του υγιεινού περιβάλλοντος, της καθαριότητας και των υγιεινών συνηθειών, ως μέτρο πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού. Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε άτομα που εκτίθενται σε καρκινογόνους παράγοντες π.χ. ακτινοβολία ή ειδική βιομηχανική ρύπανση.

Τέλος, τονίζει τη σημαντικότητα της πρώιμης ανίχνευσης του όγκου με διάφορες τεχνικές, υποδεικνύοντας τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη θνησιμότητα και στην ανίχνευση του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο. (Harvard Medical School, 2005)

7.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

7.7.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Νοσηλευτικό ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 48 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου του Ρίου στις 14/11/2014. Με τη διάγνωση «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό».

Τον Οκτώβριο του 2011 παρουσιάστηκε οίδημα στο δεξιό μαστό όπου και υποβλήθηκε σε ειδικές εξετάσεις και διαγνώστηκε το σάρκωμα.

Το Ιατρικό Ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: σε ολόκληρο το δεξιό μαστό ανευρέθη ογκίδιο μεγάλων διαστάσεων (μεγαλύτερο των 5cm) σκληρό και επώδυνο. Ο αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Διάγνωση: «Τεράστιος όγκος καταλαμβάνων ολόκληρο το δεξιό μαστό (σάρκωμα)».
Στάδιο3:T3NoMo

Η ασθενής δεν κάνει χρήση καπνού ή αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει ότι υπάρχει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμήνου ρύσεως στα 13 της χρόνια. Στην κλινική έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και λήψη αίματος για την διεξαγωγή αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ολική μαστεκτομή.

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε στις 15/11/2014 με σκοπό την ολική αφαίρεση του μαστού όπου και πραγματοποιήθηκε χωρίς να αφαιρεθούν λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή. Παρ' όλα αυτά 2 μήνες αργότερα εμφανίστηκε ογκίδιο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έτσι πραγματοποιήθηκε το 2^ο χειρουργείο στις 15/1/2015 με σκοπό να αφαιρεθούν όγκος και λεμφαδένες. Η ασθενής δεν παρουσίασε καμία μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ο θεράπων ιατρός της αποφάσισε ότι η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε 32 ακτινοβολίες, 1 κάθε μέρα. Ενάμιση χρόνο μετά η ασθενής παρουσιάζει μετάσταση

στον αριστερό μαστό όπου στη διάγνωση πιθανολογείται φυλλοειδής όγκος-μεσεγχυματογενής όγκος.

Γι αυτό το λόγο ως θεραπεία εκλογής στην συγκεκριμένη περίπτωση προτάθηκε η ογκεκτομή, όπου και πραγματοποιήθηκε στις 27/07/2015. Η ασθενής δεν εμφάνισε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή εκτός από κάποια μικρά ενοχλήματα στο δεξιό χέρι όπου δεν χορηγήθηκε κάτι για την αντιμετώπιση τους.

Με την λήξη του χειρουργείου ο γιατρός συνέστησε στην ασθενή ακτινοθεραπεία παρ' όλο που απαγορευόταν στην κατάσταση της. Αυτό έγινε αντιληπτό από τον ακτινολόγο ύστερα από την διατύπωση του ιστορικού της ασθενούς όπου και αντικατέστησαν την ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα η έναρξη της να καθυστερήσει 2 μήνες.

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας η ένταση του πόνου στο δεξιό χέρι αυξήθηκε. Η χημειοθεραπεία συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία όπου διαγνώστηκαν σπλαχνικές μεταστάσεις του καρκίνου στον πνεύμονα και στην κοιλία.

Ανατομικά στοιχεία της ασθενούς

Επώνυμο:	M
Όνομα:	B
Ηλικία:	48 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Οικιακά
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 2 παιδιά
Τόπος γέννησης:	Πάτρα
Τόπος κατοικίας:	Αίγιο
Ύψος:	1.66 cm
Βάρος:	56 kg
Θερμοκρασία:	36,7 °C
Αρτηριακή πίεση:	110/60 mmHg
Αναπνοές:	18/min

Σφίξεις: 72/min
Γενική κατάσταση: εξασθενημένη
Διάγνωση εισαγωγής: Καρκίνος δεξιού μαστού

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική και Ψυχική κατάσταση: αγχωμένη
Ομιλία: καλή
Ακοή: καλή
Αναπνευστικό: είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμετοι: οχι
Κενώσεις: δεν ενεργείται. Χορήγηση υπόθετων γλυκερίνης
duphalac
Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό:

Αλλεργίες: δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα: ύπαρξη θυρεοειδή, σιδηροπενικής αναιμίας
Προηγούμενα χειρουργεία: φυσιολογικός τοκετός, μια καισαρική
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: T4 75 mg και tradyferon 80 mg

Νοσηλευτική Διεργασία (προεγχειρητικά)

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Φόβος και άγχος λόγω ολικής μαστεκτομής (προεγχειρητικά.)	Εξάλειψη της αγωνίας και του άγχος εντός 24 ωρών	<p>Να γίνει ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Να δημιουργηθεί κατάλληλο περιβάλλον και αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας της ασθενούς μέσα από τη γνωριμία της με ασθενείς που</p>	<p>Έγινε γνωριμία με άλλους ασθενείς που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Χορηγήθηκε tablet Lexotanil 1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν απαντήσεις στην</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε μετά από τη γνωριμία και την συζήτηση με ασθενείς που παρουσίασαν το ίδιο πρόβλημα και τη χορήγηση Lexotanil που περιέχει βρωμαζεπάμη, η οποία μειώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η</p>

		<p>παρουσίασαν και αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με την ασθενή σε σχέση με τα εξατομικευμένα προβλήματα της και απαντήσεις στα ερωτήματα και τις απορίες της με σκοπό την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη της ασθενούς.</p>	<p>ασθενή, όσο αυτό ήταν εφικτό σχετικά για τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	<p>επέμβαση.</p>
--	--	---	--	------------------

		Αναζήτηση βοήθειας στήριξης από ειδικούς όπως ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.		
--	--	---	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Πόνος στο δεξιό μαστό (μετεγχειρητικά).</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο εντός 24 ωρών.</p> <p>Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο</p>	<p>Να γίνει εναλλαγή θέσεων, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να ανακουφίζει την ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Να γίνει εκτίμηση – επανεκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου.</p> <p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφιζόταν από τον πόνο.</p> <p>Εκτιμήθηκε ότι ο πόνος είναι οξύς και συνεχής.</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο:Αρτηριακή πίεση: 120-70 mmHg, Θερμοκρασία;36,7 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοή: 16/min.</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε μετά από τη χορήγηση Oxcalgan το οποίο περιέχει τραμαδόλη (tramadol) που είναι ένα κεντρικώς δρών οπιοειδές αναλγητικό, την κατάλληλη θέση που δόθηκε και τη χρήση του Durogesic το ποίο είναι διαδερμικό έμπλαστρο που περιέχει φαιντανύλη η οποία είναι συνθετικό οπιοειδές το οποίο χρησιμοποιείται ως αναλγητικό κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

		<p>Να γίνει χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Χορηγήθηκε Oxcalgan 150 mg 1x4 και σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxcalgan 150 mg) βράδυ.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50mg) 1ανά 3ωρο σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	
--	--	--	---	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μετεγχειρητική πυρετική κίνηση που έφτασε στους 39 ⁰ C.	Εξασφάλιση ανακούφισης της ασθενούς από τον πυρετό. Επαναφορά της θερμοκρασίας εντός 2ωρών σε φυσιολογικά επίπεδα.	Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας ανά 3ωρο. Να χορηγηθούν υγρά για την αποφυγή εφίδρωσης. Να τοποθετηθούν κρύα επιθέματα στην ασθενή. Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο: 12:00 μμ 39 ⁰ C, 15:00: 37 ⁰ C, 18:00: 37,6 ⁰ C, 21:00: 36,6 ⁰ C Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα ανά 20 λεπτά. Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για	Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα αμέσως μετά από την χορήγηση αντιπυρετικού αναλγητικού Aprotel το οποίο περιέχει παρακεταμόλη που είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών στο ΚΝΣ, καθώς επίσης και μετά από την τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων.

		<p>Να γίνει λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.</p> <p>Να τηρηθεί ελαφρύ διαιτολόγιο στην ασθενή.</p>	<p>καλλιέργεια.</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά IV: N/S 0,9% 1000 ml και L/R 1000 ml.</p> <p>Έγινε τήρηση διαιτολογίου που συστάθηκε από διαιτολόγο και περιελάμβανε σούπες, χυμούς φρούτων, ροφήματα όπως χαμομήλι και τσάι καθώς επίσης και άφθονο νερό.</p>	
--	--	---	--	--

7.7.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Νοσηλευτικό ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 54 ετών, εισήλθε στη χειρουργική του νοσοκομείου «Ο Άγιος Ανδρέας» στις 21/12/2014. Στο εισιτήριο του τέθηκε η διάγνωση: « Καρκίνος στον αριστερό μαστό». Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε μετά από ιατρική εξέταση ογκίδιο στον αριστερό μαστό διαστάσεων 1x1cm.

Το ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής: « Κάτω από τη θηλή του αριστερού μαστού ανευρέθη ογκίδιο ανώδυνο, σκληρό με διαστάσεις 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα».

Διάγνωση « Καρκίνος αριστερού μαστού».

Στάδιο 2, T₁,N₁,M₀.

Η ασθενής καπνίζει, δεν κάνει χρήση αλκοόλ, δεν είναι παχύσαρκη και το οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει κληρονομικότητα. Έναρξη εμμηνου ρύσεως στα 13 έτη. Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ογκεκτομή. Στις 21/12/2012 η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και στις 22/12/2012 στις 10:00 πμ πραγματοποιήθηκε χειρουργείο, όπου η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή και αφαίρεση 9 λεμφαδένων προληπτικά. Το μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα που αντιμετώπισε ήταν η αύξηση της θερμοκρασίας. Αρχές Μαρτίου πραγματοποιήθηκε ακτινοθεραπεία. Στο σύνολο έγιναν 35(μία κάθε ημέρα) οι οποίες έγιναν στο νοσοκομείο του Ρίου.

Ανατομικά στοιχεία της ασθενούς

Επώνυμο:	Κ
Όνομα:	Π
Ηλικία:	54 ετών
Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ
Θρησκεία:	Χριστιανή Ορθόδοξη
Επάγγελμα:	Δασκάλα
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη, 3 παιδιά
Τόπος γέννησης:	Πάτρα

Τόπος κατοικίας:	Πάτρα
Ύψος:	1.70 cm
Βάρος:	63 kg
Θερμοκρασία:	36,6 0 C
Αρτηριακή πίεση:	120/70 mmHg
Αναπνοές:	17/min
Σφίξεις:	80/min
Γενική κατάσταση:	Πολύ καλή
Διάγνωση εισαγωγής:	Καρκίνος αριστερού μαστού

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα:	εισήλθε στο νοσοκομείο περιπατητική
Διανοητική και Ψυχική κατάσταση:	αγχωμένη
Ομιλία:	καλή
Ακοή:	καλή
Αναπνευστικό:	είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
Έμετοι:	Ναι
Κενώσεις:	Διάρροιες
Ούρηση:	φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό:

Αλλεργίες:	δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα:	γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και άγχος
Προηγούμενα χειρουργεία:	φυσιολογικοί τοκετοί
Πρόσφατη χρήση φαρμάκων:	χρήση Laprazol 30 mg και Lexotanil 3 mg

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Ναυτία και εμετοί από την ακτινοθεραπεία.	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και τον έμετο.</p> <p>Να σταματήσουν οι ναυτίες και οι εμετοί.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία..</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Να γίνει λήψη μικρών, συχνών</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων.</p> <p>Χορηγήθηκε amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία στις 18:00 μμ με σκοπό την αντιμετώπιση των εμετών.</p> <p>Η ασθενής έλαβε υγρά και επιτεύχθηκε η σωστή σίτιση της.</p> <p>Έγινε μέτρηση των προσλαμβανόμενων και</p>	<p>Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι εμετοί μειώθηκαν σε συχνότητα μετά από τη χορήγηση Primperan το οποίο είναι μετακλοπραμίδη και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή, με την χορήγηση του hexalen το περιέχει εξετιδίνη, ένα τοπικής χρήσης φάρμακο με αντισηπτικές ιδιότητες, που δρα εναντίον πολλών μικροβίων και μυκήτων που ευθύνονται για λοιμώξεις της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.</p>

		<p>γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας για τη σωστή θρέψη.</p> <p>Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Παρακολούθηση συχνότητας και ποιότητας εμετών με σκοπό την επαρκή</p>	<p>αποβαλλόμενων υγρών και δεν υπήρξε ανισοζύγιο.</p> <p>Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με pot cotton και Hexalen και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>Σημειώθηκαν 2 εμετοί στην βραδινή βάρδια. Η σύσταση τους ήταν βλέννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητα τους ήταν περίπου 40cc. Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml IV/24h: 1000 ml LR+1000 ml D/W+1000</p>	<p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>
--	--	--	---	---

		ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος αίματος.	ml N/S 0,9%.	
--	--	--	--------------	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Ευαισθησία δέρματος λόγω ακτινοθεραπείας (δερματοπάθεια)	Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες όσο το δυνατόν γρηγορότερα.	<p>Να γίνει παρακολούθηση της ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Να ενημερωθεί η ασθενείς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ερεθισμό που μπορεί να οφείλεται σε ηλιακή ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε η ασθενής για την προστασία του δέρματος της.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό νερό όπως καθορίστηκε από τον γιατρό.</p>	Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις από το δέρμα λόγω της ακτινοθεραπείας.

		<p>καθώς και αποφυγή τραυματισμού από στενά ρούχα.</p> <p>Να ενημερωθεί η ασθενής για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που έχει υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία.</p> <p>Να γίνονται πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>		
--	--	---	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διάρροια λόγω ακτινοθεραπείας.	<p>Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις το συντομότερο δυνατό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να μειωθεί η ποσότητα του φαγητού και σταδιακή αύξηση μετά το πρώτο 24ωρο σύμφωνα με τις αντοχές τις ασθενούς.</p> <p>Να ληφθούν άφθονα υγρά με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή</p>	<p>Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο.</p> <p>Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.</p> <p>Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium, το οποίο περιέχει λοπεραμίδη, μία δραστική ουσία, η οποία δρα στα τοιχώματα του εντέρου και αποκαθιστά τη φυσιολογική του κινητικότητα, καθώς και την ισορροπία στην απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.</p> <p>Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την πρόληψη άφθονων υγρών την μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p>

		<p>αφυδάτωσης κατόπιν εντολής ιατρού.</p> <p>Να γίνει χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών σύμφωνα με τις ανάγκες τις ασθενούς.</p> <p>Να μετρηθεί το ποσό των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Χορηγήθηκαν 2000 ml το 24ωρο: 500 ml L/R+ 1000 ml N/S+ 500 ml D/W.</p> <p>Έγινε καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και το ισοζύγιο ήταν φυσιολογικό.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο:</p>	
--	--	--	--	--

			3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φόσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.	
--	--	--	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από την εκπόνηση αυτής της μελέτης είναι τα εξής:

- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια νόσο η οποία προσβάλλει το γυναικείο φύλο. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους αγγίζει το 10%.
- Το γεγονός ότι η ιατρική κοινότητα έχει δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο είδος καρκίνου δίνει ελπίδες στην κοινωνία ότι κάποια στιγμή θα υπάρξουν αποτελεσματικότερες μέθοδοι θεραπείας.
- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια νόσο η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως εάν διαγνωστεί έγκαιρα. Μέσα από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι η πρόληψη μπορεί να σώσει ζωές.
- Οι παράγοντες προδιάθεσης της νόσου δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί. Ωστόσο μέσα από έρευνες που έχουν αναπτυχθεί αποδεικνύεται ότι η διατροφή, η έλλειψη φυσικής άσκησης αλλά και η κληρονομικότητα παρουσιάζουν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης της νόσου και γι αυτό θα πρέπει να πραγματοποιούνται ετήσιοι προληπτικοί έλεγχοι μετά από μια συγκεκριμένη ηλικία.
- Η ενημέρωση αλλά και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.
- Η θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Τις περισσότερες φορές για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση πραγματοποιείται συνδυαστική μεθόδων αντιμετώπισης. Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και οι μελέτες και οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες έχει συμβάλει στην καλύτερη ποιότητα της θεραπείας.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι πολυδιάστατος. Καλείται να φροντίσει, να εκπαιδεύσει αλλά και να υποστηρίξει τους ασθενείς που έχουν προσβληθεί από αυτή τη νόσο.
- Οι ασθενείς που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού έχουν να αντιμετωπίσουν εκτός από τις σωματικές επιπτώσεις και τις ψυχολογικές.

Είναι γεγονός ότι με τη διάγνωση της νόσου μεγάλο μέρος των ασθενών κατακλύζεται από άγχος και ψυχικές μεταπτώσεις. Γι αυτό το λόγο και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ανταπεξέλθει και να βοηθήσει τους ασθενείς ψυχολογικά με τα μέσα που έχουν διδαχθεί να αντιμετωπίσουν την νόσο αυτή.

- Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού κρίνεται απαραίτητος ο συντονισμός των μονάδων υγείας προκειμένου να συμβάλλουν στην πρόληψη η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί η καλύτερη θεραπεία.

- Παράλληλα θεωρείται βασική η οργάνωση συνεδρίων και σεμιναρίων για το προσωπικό υγείας τα οποία θα συμβάλουν στην περαιτέρω εκπαίδευση και ενημέρωση τους για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αρχικά περιγράφεται η ανατομία του μαστού και οι φυσιολογικές μεταβολές που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας σε συγκεκριμένες φάσεις ενώ θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθούν τα επιδημιολογικά στοιχεία εκδήλωσης καρκίνου του μαστού και οι παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν την εμφάνιση του.

Στη συνέχεια περιγράφονται οι τρόποι διάγνωσης της συγκεκριμένης ασθένειας ενώ παράλληλα αναλύεται η θεραπευτική αντιμετώπιση. Υψίστης σημασίας είναι η αναφορά στην έννοια της πρόληψης και στη σημασία της σε συνδυασμό με το ρόλο του νοσηλευτή σε όλα τα στάδια της ασθένειας.

Κατόπιν, ακολουθούν οι νοσηλευτικές διεργασίες, τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία και οι διαδικτυακές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση αυτού του πονήματος.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθεί και να αναλυθεί η ασθένεια του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος του νοσηλευτή μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε αναζητώντας πληροφορίες σε ηλεκτρονικές επιστημονικές βάσεις δεδομένων και εγκυρότατες ιστοσελίδες

Συμπερασματικά: Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα πτυχιακή εργασία σχετίζονται με την έννοια της πρόληψης η οποία διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στον καρκίνο του μαστού. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί η συγκεκριμένη ασθένεια τόσο αυξημένες είναι οι πιθανότητες πλήρους ίασης. Ταυτόχρονα ιδιαίτερης σημασίας παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλες τις εκφάνσεις της νόσου.

SUMMARY

Originally described the anatomy of the breast and physiological changes that occur during the life of women in certain phases and was considered particularly important to specify the event epidemiological data of breast cancer and the factors that may affect the appearance.

Then they describe the ways of diagnosing the disease while the treatment analyzed. Of utmost importance is the reference to the concept of prevention and the importance of combined the role of the nurse at all stages of the disease.

Then, follow the nursing process, conclusions and literature and web sources used for the preparation of this work.

Purpose: The purpose of this thesis is to study and analyze the disease of breast cancer and the role of the nurse through a literature review conducted by searching scientific information in electronic databases and very reliable websites

In conclusion: The conclusions of this thesis related to the concept of prevention which plays an important role in breast cancer. This means that the more quickly diagnose a specific disease such greatly increased the chances of complete cure .. Simultaneously particular importance is presented the role of the nurse in all aspects of the disease.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Alan H. Decherney, Lauren Nathan. (2005) «Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική και γυναικολογία». Θεσσαλονίκη: Ιατρικές επιστημονικές εκδόσεις Σιώκης.
- Ø Batchelor D. (2001). «Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care, literature study». *European Journal of Cancer*
- Ø Bryan T, Snyder E. (2013). *The Clinical Breast Exam: A Skill that Should Not Be Abandoned. J Gen Intern Med.*
- Ø Buckman R. (2000). «Καρκίνος μαστού». Αθήνα: Εκδόσεις Χρυσή Πέννα
- Ø Creagan E. (2006). «Καρκίνος του μαστού». Εκδόσεις Αλκυών
- Ø Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. (2008). «Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer». *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Ø D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. (2011). Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Ø Dewit, S. (2009). «Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική». Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Ø Harvard Medical School. (2005). «Καρκίνος του Μαστού, Πρόληψη και Θεραπεία». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ø Khan F, Amatya B, Ng L, Demetrios M, Zhang NY, Turner-Stokes L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Ø Kösters JP, Gøtzsche PC. (2003). Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Ø Lambley P. (2005). «Η ψυχολογία του καρκίνου». Αθήνα: Εκδόσεις Μακρή
- Ø Lockhart K, Dosser I, Cruickshank S, Kennedy C. (2007). «Methods of communicating a primary diagnosis of breast cancer to patients». *Cochrane Database of Systematic Reviews*

- Ø Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. (2010). Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews
- Ø Mustafa M, Carson-Stevens A, Gillespie D, Edwards AGK. (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews
- Ø Piperaki E., Marneras C., Boulala F., Gesouli-Voltiraki E. (2010). "Greek Women's Knowledge and Attitudes concerning Breast Self-examination". Nosileftiki
- Ø Poggi M.M, Harney K.F (2003). «The Breast in current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment». Dechemey A.H and Nathan L. New York: Lange Medical.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Αθανάτου Ε. (2007). «Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική». Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση
- Ø Αναγνωστοπούλου Α., Κανέλος Ε. (2001). «Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας». Αθήνα: Λύχνος
- Ø Δημητρακάκης Κ. (2000). «Καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία». Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
- Ø Ιακωβίδης Β., Ιακωβίδης Α. (2007). «Ψυχικές επιδράσεις του καρκίνου». Αθήνα: Εκδόσεις Γράφημα
- Ø Ιωαννίδου-Μουζάκα Α., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β. (2007). «Σύγχρονη Μαστολογία». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ø Κονιάρη Ε. (2007). «Ο καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση». Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Ø Κρεατσάς Γ. (2002). «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική ΙΙ». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ø Μανδρέκας Α. (2009). «Βασικές αρχές πλαστικής χειρουργικής». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Ø Μαρκόπουλος Χ. (2007). «Εγχειρίδιο καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

- Ø Μαρκόπουλος Χ. (2008). «Παθήσεις του μαστού». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη
- Ø Μπανκουσλί, Ι. (2008). «Πρακτική Προσέγγιση στην Κλινική Ογκολογία». Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
- Ø Φύσσας Γ. (2006). «Ο μαστός και οι παθήσεις του». Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Ø Πατηράκη- Κουρμπάνη Ε. (2006). «Νοσηλευτική Ογκολογία, το πλαίσιο φροντίδας». Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ø Σαχίνη Α. (2000). «Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική». Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις