

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ »

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΚΑΡΑΦΩΤΗ ANNA
ΚΑΡΕΛΑ ΣΟΦΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	11
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	11
1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	13
1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ	14
1.4 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΧΑΛΗΣ	14
1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	19
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ	19
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
2.2 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	19
2.2.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	20
2.2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ	24
2.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	28
2.3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ.....	29
2.3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ.....	30
2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΤΑ TNM	33
2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	35
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	36
2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	40
2.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	42
2.8 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΥΗΣΗΣ....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	49

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ – Η ΑΦΕΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	50
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	50
3.2 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ «ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ» ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ	51
3.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	53
3.2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	54
3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	55
3.3.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ.....	57
3.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	60
3.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ DSM-IV	64
3.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	66
3.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	66
3.6.2 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	71
3.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	79
Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ «ΥΠΟ ΤΗΝ ΣΚΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ».....	79
4.1 ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ.....	79
4.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.....	86
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	89
4.3.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	93
4.3.2 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	100
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	100
5.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	102
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ...103	
5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	106
5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ...107	
5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ- ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	109
5.6 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	116
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ...116	
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1	116
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2	116
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	128
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	132
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	134

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του Καρκίνου του Μαστού και η συσχέτιση του με την Κλινική Κατάθλιψη. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η καταγραφή του νοσηλευτικού ρόλου σε όλα τα στάδια, από έναν καρκινοπαθή ασθενή μέχρι έναν καταθλιπτικά διαταραγμένο καρκινοπαθή ασθενή.

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία, αποτελείται από δύο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με την οποία, περιγράφεται με αναλυτικό τρόπο η εκδήλωση του μαστικού καρκίνου. Αναλύονται οι υποκατηγορίες του τόσο στη γυναίκα όσο και στον άνδρα αλλά και οι επιμέρους διαδικασίες του, όπως η αιτιοπαθογένεια της νόσου, η κλινική εικόνα και η θεραπευτική αποκατάσταση.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζεται η Κατάθλιψη. Προσεγγίζεται από μια πολύπλευρη οπτική γωνία θέλοντας όχι μόνο να πληροφορήσουμε τον αναγνώστη για την ύπαρξη αυτής της ψυχωτικής διαταραχής αλλά περισσότερο να επικεντρωθεί στον τρόπο έναρξής της, για άτομα που νοσούν από μια τόσο επιβλαβής ασθένεια όπως είναι ο Καρκίνος.

Ένα άτομο που εμφανίζει μαστικό καρκίνο, υπό κανονικές ψυχικές συνθήκες, δεν θα έπρεπε να αναλύει τις επιπτώσεις της ασθένειας με διαταραγμένο τρόπο σκέψης. Βεβαίως, αισθήματα θυμού, απογοήτευσης ή στεναχώριας είναι ένα κομμάτι της αναγκαστικής προσαρμογής του καρκινοπαθή στα νέα δεδομένα που του ανοίγονται μπροστά του. Ωστόσο, η διάρκεια και η ένταση των αρνητικών συναισθημάτων θα πρέπει να ελαχιστοποιούνται και να μην παρεμβαίνουν στην ομαλή λειτουργικότητα του ασθενή κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Οι επιπτώσεις στην ζωή του ασθενή είναι πολυάριθμες εάν λάβουμε υπόψη ότι τον επηρεάζει σε όλες του τις εκφάνσεις: προσωπικός/κοινωνικός/εξελικτικός και σεξουαλικός τομέας. Πέραν αυτού, τον προτρέπει

ακόμη περισσότερο για την βραδύτερη ψυχική και σωματική αποκατάσταση του καθώς και για την μελλοντική απομόνωση του από το κοινωνικό σύνολο, ως ένα άτομο «στιγματισμένο».

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή θα πρέπει να εντοπίζεται σε πολλαπλές διεργασίες. Από την συμμετοχή του στην πρωτοβάθμια – δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη ψυχικών και σωματικών διαταραχών μέχρι την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά και στη κοινωνικά αποδεκτή επανένταξη του.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is the literature review of Breast Cancer and Relation with Clinical Depression. A necessary requirement is the recording of the nursing role in all stages of a cancer patient to a depressive disordered cancer patient.

This thesis consists of two main parts. The first part concerns the literature review in which is described analytically the manifestation of breast cancer. Analyzes the subtypes of both the woman and the man and the sub-processes, such as the aetiopathogenesis of the disease, clinical and therapeutic rehabilitation .

In the second part of this thesis, the Depression is presented. It is approached from a multifaceted perspective of wanting not only to inform the reader of the existence of this psychotic disorder but rather focus on how it commences, for people suffering from such a harmful disease such as cancer.

A person who shows breast cancer in normal mental conditions should not analyze the impact of the disease with a deranged way of thinking. Of course, feelings of anger, frustration or unhappiness is a piece of forced adjustment of a cancer patient to the new situation that opens up in front of him. However, the duration and intensity of negative emotions should be minimized and should not interfere with the smooth functionality of the patient during the day.

The impacts on the life of the patient are numerous, considering to the effect in all its manifestations: personal / social / evolutionary and sexual area. Furthermore, it urges him even more for slower mental and physical rehabilitation as well as for future isolation from the community, as a person "stigmatized".

It is found, thus, that the role of the nurse should be located in multiple processes. Since his participation in primary - secondary and tertiary prevention

of mental and physical disorders of up to provide the nursing care preoperatively, postoperatively and socially acceptable reintegration.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Καρκίνος του Μαστού, αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου για γυναίκες που έχουν προσβληθεί ιδίως κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Στους άνδρες εκδηλώνεται σε πολύ μικρό ποσοστό μιας και η ανατομική περιοχή των μαστών δεν ευνοεί ιδιαίτερα την καρκινογένεση. Η ανάπτυξη ενός καλοήθου ή κακοήθου όγκου στο μαστό δεν επιφέρει μόνο σωματικές διαταραχές. Η θεραπεία μιας τέτοιας ασθένειας «αλλοιώνει» την εξωτερική εμφάνιση του πάσχοντα και ο βαθμός σοβαρότητας του καρκινώματος πυροδοτεί μια σειρά ψυχικών ανισορροπιών. (Lambley, 2005)

Η Κατάθλιψη, και πιο συγκεκριμένα η Μείζων Κατάθλιψη, μια από τις πιο επικίνδυνες για τον άνθρωπο υποκατηγορίες της καταθλιπτικής διαταραχής έχει εξαπλωθεί σε σημαντικό βαθμό σε καρκινοπαθείς που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες του μαστικού καρκίνου και προκαλεί μια σειρά προβλημάτων που καθιστούν στον ασθενή μια διάχυτη ανικανότητα να λειτουργεί ομαλά στην καθημερινότητα του. Η συμπτωματολογία παρεμβαίνει σε προσωπικό, κοινωνικό και διαπροσωπικό επίπεδο και μεταλλάσσει τον ασθενή σε έναν καταθλιπτικό και απομονωμένο οργανισμό που περιτριγυρίζεται από αυτοκτονικές ιδέες. (Lambley, 2005)

Σήμερα, με την εξέλιξη της φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, ο ασθενής παρουσιάζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση ψυχικών και σωματικών διαταραχών και τα επίπεδα επανεμφάνισης μιας νόσου μειώνονται υπέρ του ασθενή. Η θεραπεία όμως δεν αποτελεί τον κύριο σκοπό της Ιατρικής Επιστήμης. Η πρόληψη εκδήλωσης μιας ασθένειας είναι το ουσιαστικότερο σημείο εστίασης για κάθε επαγγελματία υγείας. (Moller, 2000)

Στο πρώτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η καταγραφή της ανατομίας και της φυσιολογίας των μαστών του ανθρώπου, προκειμένου να γίνεται όσο το δυνατόν πιο κατανοητή η εντόπιση και η εξέλιξη του καρκινώματος σε αυτό το

σημείο. Επιπλέον, παρατηρούνται και οι ανατομικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, αιτία διαφορετικών καρκινικών εκδηλώσεων.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι ο ορισμός του Καρκίνου του Μαστού και ο διαχωρισμός του σε καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις, τόσο στη γυναίκα όσο και στον άνδρα. Αναλύεται η κλινική εικόνα, η αιτιολογία, η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια αξιολόγησης καθώς και η θεραπευτική του προσέγγιση. Στο τέλος του κεφαλαίου, αναφερόμαστε συντόμως στον μαστικό καρκίνο κατά την περίοδο κύησης.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ορίζεται και αναλύεται η καταθλιπτική διαταραχή καθώς και η επίδραση της στην ψυχοσύνθεση του ασθενή. Πραγματοποιείται η αναφορά των μηχανισμών προσαρμογής και τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών μελετών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια να περιγράψουμε τις επιπτώσεις του Καρκίνου και της Κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής του ασθενή και να αναλυθούν όλα τα μέτρα ή οι κατευθυντήριες οδηγίες που συνιστούν την έννοια της Πρόληψης.

Αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή και διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά καθώς και στη φάση της μαστεκτομής. Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον ασθενή έναντι στις επιδράσεις του μαστικού καρκίνου και στην πρόληψη ψυχωτικών διαταραχών.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο εξάγονται τα απαραίτητα από την πτυχιακής μας εργασία συμπεράσματα, αφού προηγουμένως έχουν παρουσιαστεί δυο περιστατικά ασθενών, με τις νοσηλευτικές τους διεργασίες. Επίσης, καταγράφεται κάθε βιβλιογραφική και διαδικτυακή πηγή για την εγκυρότητα των πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί του ανθρώπινου σώματος, αποτελούν τροποποιημένους αδένες που συνιστούν το δέρμα. Συγκεκριμένα εντοπίζονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, στις πρόσθιες πλευρικές επιφάνειες, όπου περιλαμβάνεται ο μαστικός (ή μαζικός) αδένας.

Η ανάπτυξη των μαστών, κατά την εφηβική περίοδο δέχονται μεγαλύτερη αύξηση στο γυναικείο πληθυσμό καθώς η ανατομία του λιπώδους ιστού και η αύξηση των μαστικών αδένων, είναι διαφορετική από αυτή των ανδρών. Αυτή είναι και μια από τις διαφορετικές προσεγγίσεις αιτιολογίας, του καρκίνου του μαστού ανάμεσα στα δυο φύλα.

(http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html).

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΤΕΡΑ:

Η έκταση κάθε μαστού ξεκινά προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στέρνο, και επεκτείνεται μέχρι και τη μέση μασχαλιαία γραμμή.

Το σύμπλεγμα θηλή - άλω εντοπίζεται μεταξύ 4^{ης} και 5^{ης} πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, ονομαζόμενες και ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή - άλω. Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι συγκεκριμένες γραμμές Langer, παρουσιάζουν μια ειδική εκτίμηση από τους πλαστικούς – χειρουργούς διότι αποτελούν τις περιοχές της τομής, κατά την πραγματοποίηση των μαστικών βιοψιών.

Ανατομία των τομών του μαστού:

- ✓ Μεσοπλεύριοι μύες.
- ✓ Θωρακικοί μύες.
- ✓ Λοβοί του μαστικού αδένα.
- ✓ Θηλή.
- ✓ Θηλαία άλως.
- ✓ Γαλακτοφόροι κόλποι.
- ✓ Περιμαστικό λίπος

Εάν ξεκινήσουμε μια περιγραφή του μαστού, όπως φαίνεται μορφολογικά από εξωτερικής όψεως διακρίνουμε την θηλή, την θηλαία άλω και τα αλωαία οζίδια. Η θηλή θεωρείται ένα έπαρμα της δερματικής επιφάνειας του μαστού, η οποία εντοπίζεται κοντά στο μέσο του μαστικού μυ. Στην κορυφή της παρουσιάζονται 15 με 20 στόμια, τα οποία φτάνουν στους γαλακτοφόρους πόρους. Το ύψος της θηλής υπολογίζεται στο 1 με 1,5 cm και δέχεται μεγιστοποίηση κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού. Η ύπαρξη σημαντικής περιεκτικότητας μελανίνης στον μαστό προσδιορίζει το χρώμα της θηλής, το οποίο χαρακτηρίζεται κυρίως ως ένα καστανέρυθρο χρώμα.

Η θηλαία άλως, παρουσιάζεται ως μια σχεδόν στρογγυλού μεγέθους, επηρμένη περιοχή του μαστού με μεγαλύτερη διάμετρο συγκριτικά με την θηλή, καθώς υπολογίζεται περίπου στο 1,5 με 6 cm. Επιφανειακά της θηλαίας άλω διακρίνονται τα θηλαία οζίδια, τα οποία προεξάρχουν ελάχιστα από τη θηλαία άλω και προστατεύουν εξωτερικά τους αλωαίους αδένες.

Από εσωτερικής περιγραφής, ο μαστός του ανθρώπου διακρίνεται στον μαστικό αδένα και το περιμαστικό λίπος. Το δεύτερο στοιχείο αποτελεί ακολουθία του λίπους που βρίσκεται υποδόρια του δέρματος, το οποίο όμως συσσωρεύεται σε μεγαλύτερη ποσότητα κυρίως στην πρόσθια μεριά του μαστού. Αντιθέτως, ο μαστικός αδένας, εντοπίζεται πριν την θηλαία άλω και διέπεται από τους λοβούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή του γάλακτος στον μαστό, και τους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι λειτουργούν

ως μεταφορείς τους γάλακτος από τα λοβία προς τους γαλακτοφόρους κόλπους. Τέλος, οι γαλακτοφόροι κόλποι αποτελούν ανευρύσματα των πόρων, που παρουσιάζονται ως οι «δεξαμενές» του γάλακτος, μέχρι αυτό να έρθει η ώρα να αποτραβηχτεί με το θηλασμό από το νεογνό, μέσω της θηλής. (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html).

1.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Ο μαστικός αδένας αποτελεί μια τροποποιημένη μεγάλη μάζα, η οποία δημιουργείται από αλληπάλληλες παχύνσεις της επιδερμίδας, στην κοιλιακή περιοχή και πιο συγκεκριμένα στην «γαλακτική γραμμή». Στο γυναικείο οργανισμό φαίνεται ότι το μεγαλύτερο κομμάτι του μαζικού αδένος σχηματίζεται αμέσως μετά την γέννηση. Σε αντίθεση με το ανδρικό φύλο που παρατηρείται μηδαμινή ανάπτυξη του μαστικού αδένος μετά την ολοκλήρωση του τοκετού.

Στο γυναικείο πληθυσμό, ο σχηματισμός και οι διακλαδώσεις που συνιστούν τους μαστικούς αδένες, αναπτύσσεται σταδιακά κατά την προεφηβική περίοδο. Στη συνέχεια, όταν η νεαρά εισέρχεται στην εφηβεία παρατηρείται απότομη αύξηση των μαστικών αδένων, όπως αντίστοιχα και των πόρων, των λοβίων και της ολοκληρωμένης μαστικής εκβλάστησης. Το παραπάνω γεγονός είναι αποτέλεσμα του πολλαπλασιασμού του στρώματος και επιπλέον του συνδετικού ιστού, περιμετρικά των πόρων. Η μεγιστοποίηση του συστήματος των πόρων αιτιολογείται με την επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, ορμόνες που εκκρίνουν οι ωοθήκες, στην εφηβική φάση. (Μαρκόπουλος, 2008)

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια που η γυναίκα κυοφορεί, παρατηρείται ολοκληρωμένη δομική ανάπτυξη και φυσιολογία του μαστού καθώς οι ενεό-λοβιακοί πόροι εξελίσσονται γρήγορα σχηματίζοντας τις εκβλαστήσεις που μετατρέπονται ως φατνία, και στη συνέχεια αντιστρέφεται η αναλογία

στρώμα/αδενικό ιστό. Το τελευταίο τρίμηνο της κύησης διαπιστώνεται ότι ο γυναικείος μαστός διακρίνεται πλήρως από αδενικές μονάδες που διαχωρίζονται σε μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού.

Όταν η γυναίκα θα διανύσει την αναπαραγωγική περίοδο θα παρατηρηθεί ατροφία των λοβίων και σμίκρυνση των δομών των πόρων, με αποτέλεσμα ο μαστικός αδένας να μειωθεί σε σημαντικό βαθμό και να «χαλαρώσει» η ελαστικότητα τους. Ιδιαίτερα στην περίοδο διακοπής της έμμηνου ρύσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, προκαλώντας απουσία του ενδολοβιακού και ανάμεσα των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το πέρασμα των χρόνων, οι δομές των λοβίων ενδέχεται να εξαφανιστούν τελείως για γυναίκες που βρίσκονται στην μετεμμηνοπαυσιακή φάση. Απόρροια των παραπάνω φυσικών μεταβολών είναι η διαφορετική, από μορφολογικής άποψης, εικόνα του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008).

1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η αιμάτωση των μαστικών αδένων, ξεκινά από την έσω μαστική αρτηρία, η οποία καλείται έσω θωρακική αρτηρία, και στη συνέχεια συνεχίζει στην έξω θωρακική αρτηρία. Αυτές οι δυο διακλαδώσεις συνιστούν τη μασχαλιαία αρτηρία. Η είσοδος τους στον μαστικό αδένα πραγματοποιείται από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες, αντίστοιχα. Παρακλάδια των συγκεκριμένων αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους. Επιπροσθέτως, η έσω μαστική αρτηρία τροφοδοτεί τις οπίσθιες μεσοπλεύριες αρτηρίες ενώ οι διακλαδώσεις των μεσοπλευρίων αρτηριών πορεύονται από την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008).

1.4 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΧΑΛΗΣ

Τα όρια ή τα περιθώρια της ανατομίας της μασχάλης επιτυγχάνονται από το θωρακικό τοίχωμα, και συγκεκριμένα από τον πλατύ ραχιαίο μυ, εντοπισμένος ανώτερα της μασχαλιαίας φλέβας. Οι ανατομικές περιοχές που καταλαμβάνει είναι ο υποπλάτιος μυς, καθώς και η ένωση του πλατέως ραχιαίου και του προσθίου οδοντωτού μυός.

Η μασχάλη διαχωρίζεται σε τρία μέρη, τα οποία προσδιορίζονται από την ανατομική επικοινωνία τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Αυτά τα τρία σημεία διαθέτουν αξιόλογη κλινική προσέγγιση καθώς επεμβαίνουν σε θέματα μαστεκτομής ή μετάστασης και χειρουργικής αποκατάστασης των μασχαλιαίων λεμφαδένων (μασχαλιαία λεμφαδενεκτομή) σε περιπτώσεις που εντοπίζεται καρκίνος του μαστού.

Ο μασχαλιαίος ιστός, ο οποίος κατατάσσεται στα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός αναφέρεται ως το πρώτο σημείο της μασχαλιαίας ανατομίας. Στη συνέχεια, το οπίσθιο τμήμα που βρίσκεται ανάμεσα των έξω και έσω ορίων του μυός προσδιορίζει το δεύτερο σημείο των μυών της μασχάλης και έλος το τρίτο σημείο είναι όλη εκείνη η περιοχή του έσω ορίου του μυός. Ανάμεσα στον μείζον και θωρακικό μυ εντοπίζονται οι λεμφαδένες του Rotter. Η ανατομική τους τοποθέτηση είναι στην οπίσθια περιοχή του μείζονος θωρακικού μυός. (Κατσώχης, 2000), (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html).

ΛΕΜΦΟΣ - ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

Η λέμφος αποτελεί μια υγρή μικρής ποσότητας ουσία, η οποία κυκλοφορεί στα λεμφαγγεία και εμπεριέχει τα κύτταρα. Τα λεμφαγγεία είναι ειδικά αγγεία, λεπτής ελαστικότητας, στην κυκλοφορία των οποίων εμπλέκονται οι λεμφαδένες. Το σχήμα των λεμφαδένων είναι τόσο μικρό που δεν επιτρέπει περιθώρια ψηλάφησης. Η κύρια λειτουργία τους είναι η προστασία του οργανισμού από μικροβιακούς παράγοντες, μέσω του

φιλτραρίσματος της λέμφου. Έτσι, παρεμποδίζεται η είσοδος καρκινικών κυττάρων (υποκατηγορία παθολογικών κυττάρων) στη λεμφική κυκλοφορία και η ανάπτυξη κάποιας ασθένειας.

Η λέμφος του έξω τμήματος κυκλοφορεί στη μαστική περιοχή με κατεύθυνση από το μαστικό αδένιο προς τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Εκεί συνδέεται με τη λέμφο, η οποία ρέει από το άνω άκρο. Συγκεκριμένα, η λέμφος από το έσω τμήμα του μαστού επικεντρώνεται προς τους λεμφαδένες της μασχάλης, οι οποίοι ακολουθούν την έσω μαστική αρτηρία. Στο τέλος της πορείας της η λέμφος θα απελευθερωθεί στο φλεβικό αίμα.

Σε περιπτώσεις φλεγμονής ή ανάπτυξης όγκου παρουσιάζεται διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Το σύμπτωμα της διόγκωσης προέρχεται από τη διαδικασία αντιμετώπισης των μικροβιακών παραγόντων ή της απομάκρυνσης μέσω της καταστροφής των καρκινικών κυττάρων. Στην περίπτωση παρουσίας μικροβίου η διόγκωση χαρακτηρίζεται επώδυνη ενώ σε κρούσματα καλοήθου όγκου παρουσιάζεται ανώδυνα.

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.

Η κακοήθη μορφή του μαστικού καρκίνου διαδραματίζει αρνητικό ρόλο στα λεμφαγγεία καθώς η συνεχόμενη αύξηση του μεγέθους ενός κακοήθου όγκου αναγκάζει τα καρκινικά κύτταρα να περάσουν στη λειτουργία των λεμφαγγείων. Από εκεί θα διαπεράσουν στους αντίστοιχους λεμφαδένες, όπου θα προσπαθήσουν να δημιουργήσουν μια καινούργια εστία καρκίνου. Η εξέλιξη αυτού του νέου καρκινώματος θα είναι σταδιακή και ανώδυνη με αποτέλεσμα να μην εμφανίζει άλγος. Στην πορεία της ανάπτυξης του θα μπορεί να ανιχνευθεί μέσω της ψηλάφησης και τότε ο λεμφαδένας θα διογκωθεί. Αυτή η διαδικασία καλείται λεμφογενής μετάσταση. Σε πολύ ιδιαίτερες περιπτώσεις ασθενών έχει παρατηρηθεί ότι ενώ ανιχνεύονται ύποπτοι ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες, παρόλα αυτά δεν εντοπίζεται κάποιος όγκος στη

μαστική περιοχή του ασθενή. Αυτό κατά κύριο λόγο, υποδηλώνει την επιθετική μορφή της κακοήθειας εντός του οργανισμού (έντονη μεταστατική συμπεριφορά). (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html)

1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Το ορμονικό σύστημα συσχετίζεται άμεσα με τον μαστικό αδένα. Η ανάπτυξη και η φυσιολογική λειτουργία του μαστού επηρεάζεται από την παρουσία κάποιων συγκεκριμένων ορμονών όπως τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η προλακτίνη, η ωκυτοκίνη, η θυροξίνη, η κορτιζόλη και τέλος η αυξητική ορμόνη. Η κάθε ορμόνη ή ο συνδυασμός επιμέρους ορμονών διακρίνονται για μια ορισμένη δραστηριότητα. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη συμμετέχουν στον ομαλό σχηματισμό των μαστών. Αντιθέτως, τα οιστρογόνα συμβάλλουν στην εξέλιξη των πόρων και η προγεστερόνη στην διάκριση του επιθηλίου και την λειτουργία των λοβίων.

Η προλακτίνη, επεμβαίνει κατά τη διάρκεια της κύησης της γυναίκας, ως ένα ορμονικό ερέθισμα που πυροδοτεί την παραγωγή της λακτόζης. Συμμετέχει στον έλεγχο των ορμονικών υποδοχέων και προβαίνει στη ταχύτερη εξέλιξη του επιθηλίου. Μάλιστα, η απελευθέρωση των νευροτροφικών ορμονών από την περιοχή του υποθαλάμου ελέγχει την έκκριση εκείνων των ορμονικών ερεθισμάτων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη των μαστικών ιστών.

Τα οιστρογόνα για να απομακρυνθούν μαζί με την προγεστερόνη από τις ωοθήκες χρειάζονται την παρέμβαση της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) και της θυλακιοτρόπου (FSH). Η απομάκρυνση των LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα, τα οποία εντοπίζονται στη πρόσθια υπόφυση εξαρτάται από την λειτουργία της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH) από τον υποθάλαμο. Φυσιολογική ή μη φυσιολογική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης συμμετέχει στην παραγωγή των LH, FSH και GnRH. Η

παραπάνω σειρά ορμονών είναι υπεύθυνες για τον σχηματισμό, την δραστηριότητα και την ισορροπία των μαστικών ιστών.

Όταν ο οργανισμός εισέρχεται στα εφηβικά χρόνια, διακρίνεται ελάττωση στην ευαισθησία της γραμμής μεταξύ υποθαλάμου και υπόφυσης στο αρνητικό feedback και μεγιστοποίηση του θετικού feedback από τα οιστρογόνα. Το αυξητικό επίπεδο των τιμών GnRH, FSH και LH, προκαλεί αύξηση της παραγωγής των οιστρογόνων καθώς και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και συντελεί στην αρχή της έμμηνου ρύσης. Τις πρώτες μέρες της έμμηνου ρύσης παρατηρείται αύξηση της μαστικής μάζας και της πυκνότητας της, όπως και αύξηση των μαστικών ιστών και του επιθηλίου. Αντιθέτως, η περίοδος που απευθύνεται στην διακοπή της έμμηνου ρύσης εμφανίζει μείωση της μαστικής πυκνότητας και ελάττωση του πολλαπλασιασμού του επιθηλίου.
(<http://www.exe1928.gr/anatomia-fisiologia-mastou/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο «Καρκίνος του μαστού» δηλώνεται η ανάπτυξη ενός καλοήθη ή κακοήθη όγκου σε κάποιο σημείο του μαστού. Θεωρείται μία από τις γνωστότερες σε συχνότητα μορφές καρκίνου, σε παγκόσμιο επίπεδο και κατέχει την πρώτη θέση ως αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό. (Creagan, 2006)

Ο μηχανισμός ανάπτυξης του μαστικού καρκίνου στηρίζεται στον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων, τα οποία συγκροτούν τη δημιουργία ενός όγκου ή μιας μάζας στη περιοχή του μαστού. Τα καρκινικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα εξάπλωσης σε γειτονικούς ιστούς, με αποτέλεσμα το φαινόμενο της μετάστασης. Η συχνότητα εκδήλωσης της νόσου στο ανδρικό φύλο είναι υπαρκτή αλλά πολύ ελάχιστη. Σε ότι αφορά το γυναικείο πληθυσμό όλες διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης της πάθησης – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό. (Creagan, 2006)



2.2 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί μια πάθηση η οποία συνοδεύεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων που κατακερματίζουν το ανθρώπινο σώμα. Οι αλληπάλληλες δυσλειτουργίες δημιουργούν πολυάριθμες καρκινικές μεταβολές με συνέπεια τον ασταμάτητο πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων στην περιοχή του μαστικού αδένου.

Ο μαστικός καρκίνος διακρίνεται για την κινδυνολογία του ως προς την ικανότητα μετάστασης. Κατά τη διαδικασία αυτή, κύτταρα του καρκινικού όγκου διασπώνται και απομακρύνονται από την εστίαση της καρκινογένεσης και επεκτείνονται σε διαφορετικά σημεία του οργανισμού, με αποτέλεσμα την εκ νέου ανάπτυξη καρκίνου. Συνήθως οι μεταστατικοί όγκοι εντοπίζονται σε γειτονικούς ιστούς των μασχαλιαίων λεμφαδένων ενώ είναι λιγότερο συχνό η μετάσταση του μαστικού καρκίνου σε άλλα σημεία του σώματος.

Ο όγκος ή η μάζα που αναπτύσσεται στον μαστό είτε της γυναίκας είτε του άνδρα χαρακτηρίζεται ως καλοήθης ή κακοήθης, σύμφωνα με την διήθηση του στο μαστό, την επιθετικότητα που εκδηλώνεται (κλινική συμπτωματολογία) και την πιθανότητα μετάστασης ή μη αποτελεσματικής προσέγγισης του. (Μαρκόπουλος, 2008)

2.2.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Οι καλοήθειες παθήσεις αποτελούν μια ήπια μορφή καρκίνου του μαστού, κατά τις οποίες δεν εκφράζεται ιδιαίτερος κίνδυνος απειλής για την υγεία της ασθενούς. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η ελαττωμένη ικανότητα διήθησης και η σπάνια δυνατότητα μετάστασης στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η θεραπευτική τους αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική, παρουσιάζοντας πλήρη ίαση και μειωμένα ποσοστά επανεμφάνισης καρκινικών όγκων στο μέλλον.

Συνήθως, οι καλοήθειες παθήσεις εμφανίζονται υπό την μορφή μιας εύκολης προς την ψηλάφηση μικρής μεγέθους μάζας με μικρή κινητικότητα και

αδυναμία σύμφυσης με το δέρμα. Η διάγνωση τους πραγματοποιείται κυρίως με των υπέρηχο των μαστών, κατά την οποία απεικονιστική μέθοδο, διακρίνονται μεγάλα ποσοστά επιτυχίας και διευκρίνησης της καρκινογένεσης. (Buckman, 2000)

Στην συνέχεια περιγράφονται αναλυτικά κάθε μια καλοήθης πάθηση:

▼ **ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ:** Το Ινοαδένωμα αποτελεί μια από τις πιο γνωστές καλοήθεις παθήσεις που μαστίζουν τον γυναικείο μαστό. Η ανάπτυξη αυτού του όγκου οφείλεται στην υπερπλασία που χαρακτηρίζει τα αδενικά λοβία και τον ινώδη ιστό λόγω της επίδρασης φαρμακευτικών ουσιών. Ο ρόλος των αδενικών λοβίων είναι η παραγωγή του γάλακτος και η μεταφορά του από τους γαλακτικούς πόρους στην θηλή. Η λήψη ορμονικών ή αυξητικών ουσιών από την γυναίκα (κυρίως για θεραπευτικούς λόγους της έμμηνου ρύσης) εμπλέκονται στην ομαλή λειτουργία των λοβίων με αποτέλεσμα της ανεξέλεγκτη παραγωγή τους. Απόρροια της παραπάνω δυσλειτουργίας είναι η δημιουργία του Ινοαδενώματος. Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος που εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες που διανύουν την αναπαραγωγικής τους περίοδο. (Creagan, 2006).

▼ **ΚΥΣΤΗ:** Αναπτύσσονται μονές ή πολλαπλές κύστες στον ίδιο μαστό σε γυναίκες ηλικιακού επιπέδου που κυμαίνεται από 30 έως 40 ετών και ιδιαίτερα σε καπνίστριες. Η αιτιολογία εκδήλωσης της δεν έχει ακόμη πλήρως κατανοηθεί αλλά πιστεύεται ότι επηρεάζεται από την ακτινοβολία ή τον τραυματισμού του μαστού. Εάν η κύστη παρουσιάζει αύξηση μεγέθους και ταυτόχρονα συμφύεται με τους γαλακτοφόρους πόρους, η εκδήλωση έντονης μασταλγίας και η έκκριση υγρού από τη θηλή είναι αναπόφευκτα συμπτώματα. Η θεραπεία των κύστεων εξαρτάται από το μέγεθος και το περιεχόμενο τους. Σε κύστη με διάμετρο

μικρότερη των 1.5 εκατοστών απαιτείται συχνή παρακολούθηση, ενώ σε περιστατικά με διάμετρο κύστεως μεγαλύτερη των αναμενόμενων τιμών συστήνεται παρακέντηση και εκτίμηση της κυτταρολογικής ανάλυσης. (Greagan, 2006).

▼ **ΘΗΛΩΜΑΤΑ:** Τα ενδοπορικά θηλώματα διακρίνονται σε δύο καλοήθεις μορφές. Μπορούν να εμφανιστούν είτε ως μονήρη, δηλαδή κεντρικά της περιοχής του μαστού, είτε ως πολλαπλά (περιφερική ανάπτυξη θηλωμάτων). Τα μονήρη θηλώματα εντοπίζονται συνήθως στους γαλακτοφόρους πόρους ή περιμετρικά της θηλής. Η αύξηση του μεγέθους υποδηλώνει απόφραξη των πόρων και παραγωγή εκκρίματος (αιματηρό ή κιτρινωπό, ανάλογα με τον βαθμό συμπίεσης των αγγείων λόγω της απόφραξης). Σε αντίθεση με τα πολλαπλά περιφερικά θηλώματα, τα οποία αναπτύσσονται περιφερικά του γυναικείου μαστού και δεν εμφανίζουν έκκριση από τη θηλή. Η αντιμετώπιση στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην χειρουργική απομάκρυνση του θηλώματος από τους γαλακτοφόρους πόρους ή σε σπάνιες περιπτώσεις πραγματοποιείται καθετηριασμός του πόρου, για υποστηρικτική συντήρηση στο χειρουργείο. Αναγκαία διαγνωστική πράξη κάθε είδους θηλώματος είναι η κυτταρολογική ανάλυση του εκκρίματος και η ιστολογική ταυτοποίηση του θηλώματος. (Φύσσας, 2006).

▼ **ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ:** Το 50% των συνολικών γυναικών που έχουν προβεί στην περίοδο εμμηνόπαυσης πιστεύεται ότι θα εκδηλώσουν Ινοκυστική Μαστοπάθεια. Με τον όρο αυτό δηλώνεται η πυκνή σύσταση των μαστών σε συνδυασμό με το έντονο άλγος (μαστοδυνία) και την έκκριση υγρού από τη θηλή. Η πάθηση παρουσιάζεται με την ανάπτυξη πολλών μικρών κύστεων, κατά τις οποίες παρατηρείται απόφραξη των κεντρικών γαλακτοφόρων πόρων και εκδήλωση μαστοδυνίας. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη λήψη αναλγητικών και στην σταδιακή υποχώρηση ή εξασθένηση των

συμπτωμάτων. Εάν διακρίνεται επιδείνωση της κλινικής εικόνας απαιτείται η χορήγηση αντιφλεγμονωδών για την αντιμετώπιση των οιδημάτων λόγω φλεγμονής. (Μαρκόπουλος, 2007)

- ▼ **ΦΛΕΓΜΟΝΗ Η ΑΠΟΣΤΗΜΑ:** Αποτελούν παθολογικές καταστάσεις που πυροδοτούν την εκδήλωση μαστίτιδας ή την ανάπτυξη αποστήματος στον γυναικείο μαστό. Εντοπίζονται κυρίως σε μητέρες που θηλάζουν και συσχετίζονται με την πίεση του μαστού από το μητρικό γάλα. Ο Χρυσίζων Σταφυλόκοκκος όπως και ο Στρεπτόκοκκος, αποτελούν τους κυριότερους μικροβιακούς παράγοντες για την ανάπτυξη φλεγμονής. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει την άμεση χορήγηση αντιβιοτικών ουσιών ενώ σε περιπτώσεις επιδείνωσης της φλεγμονής ή αύξησης του μεγέθους του αποστήματος απαιτείται η διάνοιξη της προσβληθείσας περιοχής μέσω χειρουργικής τομής. (Φύσσας, 2006).
- ▼ **ΓΑΛΑΚΤΟΚΗΛΗ:** Με τον όρο της γαλακτοκήλης, χαρακτηρίζεται η διάταση των γαλακτοφόρων πόρων, λόγω υπερβολικής συσσώρευσης μητρικού γάλακτος. Αυτός είναι και ο λόγος που εκδηλώνεται μόνο σε θηλάζουσες με επαναλαμβανόμενες κυήσεις και μεγάλου μεγέθους μαστικών αδένων. Η απομάκρυνση του γάλακτος είτε μέσω του θηλασμού είτε με την χρήση θηλάστρου σηματοδοτεί το τέλος της καλοήθειας. (Φύσσας, 2006).
- ▼ **ΛΙΠΩΜΑ:** Αποτελεί μάζα καλοήθους χαρακτήρα λόγω αύξησης της λιπώδους σύστασης. Εντοπίζεται κυρίως στην υποδόρια περιοχή και διαγιγνώσκεται εύκολα μέσω της κινητικότητας του στο δέρμα, του σφαιρικού του σχήματος και την απουσίας του άλγους στην μαστική περιοχή. Εάν συμφύεται με αδένες καλείται ως αδενολίπωμα. Η θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στη χειρουργική απομάκρυνση του λιπώματος και στην λήψη δείγματος για ιστολογική αξιολόγηση. (Μαρκόπουλος, 2007)

2.2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Με την έννοια της κακοήθειας ενός καρκινώματος εκφράζεται η συσσώρευση των καρκινικών κυττάρων, σε μια συμπαγής μάζα, η οποία συνιστάται κυρίως από επιθηλιακό ιστό. Ο μαστικός καρκίνος όταν παρουσιάζεται υπό κακοήθη μορφή σηματοδοτεί την επιθετική διήθηση του στους γειτονικούς ιστούς και την μεταστατική ικανότητα του.

Η διήθηση απευθύνεται στην γρήγορη μετακίνηση των καρκινικών κυττάρων, με εξαίρεση τα γαλακτοφόρα σωληνάκια, στα υπόλοιπα μέρη του μαστού ενώ η μετάσταση αναφέρεται στην εξάπλωση του καρκινικού όγκου σε οποιαδήποτε περιοχή του ανθρώπινου σώματος (δεν επικεντρώνεται μόνο στο γυναικείο μαστό). (Creagan, 2006)

Στην συνέχεια περιγράφονται οι σημαντικότερες εκδηλώσεις κακοηθών παθήσεων:

- ▼ **ΕΠΙ ΤΟΠΟΥ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (DCIS):** Θεωρείται μια από τις πιο συχνές κακοήθεις παθήσεις των γυναικών, με αυξημένο διηθητικό χαρακτήρα. Κύριο χαρακτηριστικό είναι τα αυξημένα ποσοστά υποτροπής που παρουσιάζει σε διάστημα μιας πενταετίας από την θεραπευτική του αντιμετώπιση. Σήμερα το 25% των θεραπευμένων γυναικών από Πορογενές Καρκίνωμα εμφανίζουν ξανά την πάθηση ως υποτροπή αλλά με ηπιότερη συμπτωματολογία. Υπάρχουν μάλιστα περιστατικά κατά τα οποία το Πορογενές Καρκίνωμα ήταν μη διαγνωσμένο αλλά συνέχιζε «κρυφά» την ανάπτυξη του στο γυναικείο μαστό. Αυτό σηματοδοτεί για την πρόγνωση της κακοήθειας απότομη διήθηση του όγκου σε επιμέρους μαστικά σημεία. (Creagan, 2006).

- ▼ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (IDC): Αποτελεί καρκίνωμα, που εντοπίζεται στο 80% των συνολικών περιστατικών κακοήθειας του μαστικού καρκίνου. Με τον όρο «Πορογενές» δηλώνεται η διείσδυση του όγκου στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού και η συσσώρευση των καρκινικών κυττάρων, σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Το IDC ως κακοήθης όγκος αποτελείται κυρίως από επιθηλιακό ιστό που καταλαμβάνει τους ιστούς, ως ένας συμπαγής υμένας. Η διαφορά του Πορογενές Διηθητικού Καρκινώματος από το Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα στηρίζεται στην ραγδαία επίθεση του Διηθητικού στους γειτονικούς ιστούς, καταστρέφοντας ταχύτατα τα μη προσβεβλημένα κύτταρα. Απόρροια αυτού είναι η εξάπλωση της καρκινογένεσης σε διαφορετικές μαστικές περιοχές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών εμφανίζουν προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων, και από εκεί μετάσταση οπουδήποτε αλλού. (Creagan, 2006).
- ▼ ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Το Σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού εμφανίζεται σπάνια υπό την μορφή μιας μεταλλαγής του Διηθητικού Πορογενούς Καρκινώματος (IDC). Εμφανίζεται σε ποσοστό μόλις 2% των συνολικών κακοηθών κρουσμάτων, για αυτό άλλωστε θεωρείται και τόσο σπάνια κακοήθη καρκινογένεση. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες που διανύουν από το 40^ο μέχρι και το 60^ο έτος της ηλικίας τους. Η ανάπτυξη του καρκινικού όγκου σε σωληνώδες αναφέρεται στο επιμήκης σχήμα των προσβεβλημένων κυττάρων. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για ένα καρκίνωμα του μαστού, μικρού μεγέθους, το οποίο συνιστάται από επιμήκη, σωληνώδη κύτταρα μειωμένης μεταστατικής συμπεριφοράς. (Greagan, 2006).
- ▼ ΜΥΕΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ: Το Μυελώδες Καρκίνωμα εμφανίζεται σε μικρή συχνότητα ως παραλλαγή του Διηθητικού

Πορογενούς Καρκινώματος, με μεγάλη ποσοστά γρήγορης αντιμετώπισης. Η έννοια αυτής της κακοήθειας επικεντρώνεται στη συσσώρευση των καρκινικών κυττάρων, ως «μυελώδες» καθώς εκφράζει την μαλακή, σαρκώδη σύσταση του όγκου, ο οποίος παρομοιάζεται με τον «προμήκη μυελό», εγκεφαλική περιοχή του ανθρώπινου σώματος. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών με έναν χαρακτηριστικό αντιφατικό χαρακτήρα εάν λάβουμε υπόψη ότι κατά τον σχηματισμό των καρκινικών κυττάρων, ενώ παρουσιάζεται υψηλός βαθμός διαφοροποίησης από τα υγιή κύτταρα της ίδιας περιοχής, εντούτοις η παθολογική τους συμπεριφορά συσχετίζεται με αυτή των υγιή μαστικών κυττάρων. Τέλος, η μεταστατική του ικανότητα είναι πολύ μικρή λόγω της αργής ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων. (Μαρκόπουλος, 2008).

▼ **ΒΛΕΝΝΟΠΑΡΑΓΩΓΟ ΜΑΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:** Εντοπίζεται και με την ονομασία του Κολλοειδές Καρκινώματος. Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστός ο μηχανισμός που μεταβάλει έναν διηθητικό όγκο σε βλεννοπαράγωγο. Θεωρείται όμως ότι αρχίζει από τη προσβολή των γαλακτοφόρων πόρων και ακολουθεί στη συνέχεια η υπόλοιπη μόλυνση του μαστού. Εμφανίζεται μόνο σε ποσοστό περίπου του 3% και η αιτιολογία ονομασίας του στηρίζεται στη παρουσία βλεννίνης, η οποία περιβάλλει τα τοιχώματα των καρκινικών κυττάρων. Η βλεννίνη αποτελεί το κύριο υλικό της βλέννας, μιας γλοιώδης, πυκνής σύστασης και ημιδιαφανής ουσίας, αποτέλεσμα εκκρίσεων διαφόρων αδένων. Στη συγκεκριμένη κακοήθεια η βλέννα χαρακτηρίζεται ως ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της καρκινογένεσης, η οποία περιβάλλει τα καρκινικά κύτταρα. (Μαρκόπουλος, 2008).

▼ **ΘΗΛΟΕΙΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:** Καλείται και ως Θηλώδες Διηθητικό Καρκίνωμα. Το ποσοστό εμφάνισης του δεν ξεπερνά το 1% ενώ προσβάλλει κατά κύριο λόγο γυναίκες που

διανύουν τη φάση της εμμηνόπαυσης. Χαρακτηριστική ιδιομορφία θεωρείται η συνύπαρξη του καρκινώματος με επιμέρους όγκο, ο οποίος μοιάζει με το Επί Τόπου Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS). Επιπλέον, η κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση του μαστικού όγκου είναι ίδια με αυτή του Επί Τόπου Πορογενές Καρκινώματος. (Μαρκόπουλος, 2008).

- ▼ ΔΙΑΤΡΗΤΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: Το Διάτρητο Καρκίνωμα παρουσιάζει μια συγκεκριμένη πορεία κατά τον σχηματισμό του. Στο στάδιο ανάπτυξης των καρκινικών κυττάρων εκτίθεται πρώτα στη κακοήθεια ο συνδετικός ιστός και στη συνέχεια εμφανίζονται ελλειπτικές συσσωματώσεις μεταξύ των πόρων και των λοβίων. Μάλιστα η δομή του καρκινώματος είναι διάτρητη, αφού υπάρχουν κενά στο εσωτερικό του. Η εκδήλωση του συνυπάρχει με την ταυτόχρονη παρουσία του Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS), σε ποσοστό που αγγίζει το 6% των διηθητικών κακοήθων τύπων μαστικού καρκίνου. (Creagan, 2006).
- ▼ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΛΟΒΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ILC): Αποτελεί την δεύτερη συχνότερη κακοήθη μορφή μαστικού καρκίνου, μετά το Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα, το οποίο εκδηλώνεται σε γυναίκες που έχουν προβεί στην εμμηνόπαυση. Η έκφραση του διηθητικού ταυτίζεται με ραγδαία ανάπτυξη του όγκου, ο οποίος εξαπλώνεται λόγω των συχνών μεταστάσεων. Αναπτύσσεται πρωτίστως στα λοβία, όπου αποτελούν την αφετηρία παραγωγής των καρκινικών κυττάρων και συγκεκριμένα στα γαλακτοπαραγωγά λοβία του μαστού, που είναι υπεύθυνα για τη παραγωγή του γάλακτος. (Creagan, 2006).
- ▼ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (IBC): Ο Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού αποτελεί την πιο σπάνια ανάπτυξη κακοήθη μαστικού καρκίνου καθώς το ποσοστό εμφάνισης του δεν ξεπερνά το 5%. Το μειονέκτημα της παραπάνω κακοήθειας

είναι η ραγδαία επιθετική συμπεριφορά που παρουσιάζει αυτός ο τύπος καρκίνου σε συνδυασμό με τις μεγάλες μεταστάσεις που εκδηλώνει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του IBC, που το ξεχωρίζει από τους υπόλοιπους καρκινικούς όγκους, είναι η ανάπτυξη του σε γυναίκες μικρότερες των 50 ετών, οι οποίες υπερβαίνουν το φυσιολογικό δείκτη σωματικού βάρους. Αν και δεν έχει διευκρινιστεί μέχρι σήμερα η αιτιολογία έναρξης του κακοήθι όγκου ωστόσο πιστεύεται ότι συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα παχυσαρκίας των γυναικών. (Φύσσας, 2006).

2.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Τόσο το ανδρικό όσο και το γυναικείο φύλο, κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους εμφανίζουν παρόμοιες ομοιότητες της μαστικής ανατομίας. Με την πάροδο όμως της ηλικίας, παρατηρούνται διαφορές που εστιάζουν κυρίως στο μαστικό ιστό. Ο ανδρικός οργανισμός διαθέτει μικρότερη ανάπτυξη και λειτουργική δραστηριοποίηση των μαστικών αδένων σε σχέση με τις γυναίκες καθώς αυτές οφείλουν να δράσουν με ιδιαίτερο τρόπο κατά την αναπαραγωγική τους περίοδο (κύηση- μητρικό γάλα).

Την περίοδο που το ανδρικό φύλο διανύει την εφηβεία, παρουσιάζονται υψηλότερες συγκεντρώσεις τεστοστερόνης και χαμηλότερη τιμή οιστρογόνων. Ο συνδυασμός αυτής της ορμονικής αλληλεπίδρασης συμβάλλει στην διακοπή της μαστικής ανάπτυξης στον άνδρα. Συγκεκριμένα ορισμένοι από τους γαλακτοφόρους πόρους που υπάρχουν στην ανατομία του άνδρα δεν συμμετέχουν στην εξέλιξη του μαστικού αδένα αλλά παραμένουν υπανάπτυκτοι, με την ταυτόχρονη απουσία των λοβίων από τον μαστό. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να πυροδοτηθεί καρκινογένεση στον ανδρικό μαστό αλλά σίγουρα δεν ανταποκρίνονται ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη ενός καρκινώματος στην ίδια συχνότητα εμφάνισης με αυτή των γυναικών.

Το δυσάρεστο με τον καρκίνο του μαστού στον άνδρα είναι η άγνοια των περισσότερων ανδρών για υπόνοιες ανάπτυξης καρκινώματος στον μαστό τους. Δεν γνωρίζουν ότι εμπλέκονται και οι ίδιοι στον μαστικό καρκίνο με αποτέλεσμα να αμελούν την συμπτωματολογία και να διαγιγνώσκουν τον καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο. Συνήθως προσβάλλει άνδρες με ηλικία που κυμαίνεται από 60 έως 70 έτη και εκδηλώνεται αρχικά ως ένα εξόγκωμα στον μαστό.

(http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html,
<http://www.nationalbreastcancer.org/male-breast-cancer>).

2.3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού στον ανδρικό πληθυσμό δέχονται ορισμένες διαφοροποιήσεις συγκριτικά με τις καλοήθειες των γυναικών. Η καλοήθεια μιας πάθησης επικεντρώνεται κυρίως στη Γυναικομαστία και λιγότερο στις κύστες ή τα ινοαδενώματα, που πλήττουν συχνότερα το γυναικείο μαστό. Επίσης η κλινική εικόνα του μαστικού καρκίνου στον άνδρα είναι ηπιότερης μορφής, από την συμπτωματολογία των γυναικών, για αυτό άλλωστε εξαλείφονται πλήρως και σε κοντινότερο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, καταγράφονται οι σημαντικότερες καλοήθειες παθήσεις στους άνδρες:

- ▼ **ΓΥΝΑΙΚΟΜΑΣΤΙΑ:** Η γνωστότερη καλοήθης πάθηση που απευθύνεται στον ανδρικό πληθυσμό θεωρείται η Γυναικομαστία. Αναγνωρίζεται περισσότερο σαν μια μικρής έκτασης διαταραχή παρά σαν μια καλοήθη πάθηση καθώς δεν διακρίνεται ανάπτυξη όγκου καρκινικής προέλευσης αλλά κυρίως επικεντρώνεται στην αύξηση της μάζας του μαστικού ιστού. Η συγκεκριμένη καλοήθεια φαίνεται αισθητή στην εμφάνιση του άνδρα που την εμφανίζει διότι υπό φυσιολογικές συνθήκες ο μαστικός ιστός

είναι πολύ μικρός για να παρατηρηθεί. Ο θεράπων ιατρός την αναγνωρίζει από το δισκοειδές σχήμα που παίρνει ο μαστός και ταυτόχρονα από την αύξηση της περιμέτρου της θηλής και της θηλαίας άλω. Η αιτιολογία της Γυναικομαστίας βασίζεται σε μια δυσλειτουργία του ορμονικού συστήματος του οργανισμού. Κάθε μεταβολή των ορμονών που εμπλέκεται με το ηλικιακό επίπεδο του ασθενή (π.χ. εφηβεία) συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας μάζας κάτω από τη θηλή που αυξάνει συνολικά την εικόνα του μαστού. Σπανίως, παρατηρείται Γυναικομαστία από επίδραση όγκων λόγω διαταραγμένων ενδοκρινών αδένων. Αυτοί οι αδένες αυξάνουν την παραγωγή και ποσότητα των οιστρογόνων με συνέπεια την αύξηση της μυϊκής μάζας. Τέλος, αναφέρονται και οι διαταραχές του ήπατος, ως εμπλεκόμενες στην αρχή Γυναικομαστίας. Η θεραπεία συνιστά συμπτωματική παρακολούθηση εάν ο ασθενής παραπονιέται για μασταλγία αλλά σε επιδείνωση του συμπτώματος σε μαστοδυνία απαιτείται ορμονική αποκατάσταση ή χειρουργική παρέμβαση.

- ▼ **ΑΛΛΟΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:** Η παρουσία καλοηθών μαστικών παθήσεων είναι σπάνια και ταυτίζεται με αυτές των γυναικών. Εμφανίζονται συνήθως υπό την μορφή μικρών όγκων, με μη φυσιολογικά εξογκώματα. Τα θηλώματα και το Ινοαδένωμα αποτελούν δυο από τις κυριότερες καρκινογενέσεις του ανδρικού φύλου. Δεν παρουσιάζουν μεταστατικό χαρακτήρα και είναι πλήρως ιάσιμες. ()

(http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html

,<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-what-is-breast-cancer-in-men>).

2.3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί ένα όχι τόσο συχνό φαινόμενο, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για κακοήθη μορφή καρκινώματος. Ωστόσο παρατηρούνται ορισμένες ιδιομορφίες ως προς την μικροσκοπική ανάλυση των καρκινικών κυττάρων και την διαφοροποίηση των όγκων μεταξύ τους. Διακρίνονται περιστατικά ανδρών κατά τα οποία η ανίχνευση ενός κακοήθη όγκου αποτελεί δημιουργία καρκινώματος από επιμέρους διαφορετικά ογκίδια. Διαπιστώνεται δηλαδή ένας μεμονωμένος όγκος μαστού, να είναι απόρροια μικρότερων συνδυασμών κυρίως προερχόμενα από διηθητικό και in situ καρκίνο.

Επιπλέον, φαίνεται ότι ο διαχωρισμός των κακοηθών καρκινωμάτων στον άνδρα στηρίζεται ανάλογα και με βάση κάποιες πρωτεΐνες ή καρκινικά κύτταρα που απευθύνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες όπως οι θετικοί ορμονικοί υποδοχείς. Στη συνέχεια της ενότητας καταγράφονται οι σημαντικότερες μορφές κακοήθειας στο ανδρικό φύλο:

▼ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU (DCIS) Η ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ: Η έννοια του Πορογενές Καρκινώματος in situ δηλώνει μια μη επεμβατική καρκινογένεση με καρκινικούς όγκους που δεν έχουν την ικανότητα έντονης διήθησης σε γειτονικούς ιστούς. Η εξάπλωση των καρκινικών κυττάρων εντός ή εκτός του προσβεβλημένου μαστού αποτελεί άλλωστε την διαφορά μεταξύ διηθητικού και μη διηθητικού κακοήθη όγκου. Το πορογενές καρκίνωμα in situ μπορεί να δίνει σαφή στοιχεία για μια προκαρκινική περίοδο αλλά διαθέτει και την ικανότητα απότομης διήθησης στους ιστούς. Από επιδημιολογική άποψη θα πρέπει να αναφερθεί ότι το DCIS ανευρίσκεται σε πολύ μικρό ποσοστό νοσηρότητας εάν λάβουμε υπόψη ότι μόνο 1 στους 10 άνδρες με καρκίνο του μαστού εκδηλώνει αυτή τη μορφή κακοήθειας. Η θεραπεία έχει αποτελεσματική προσέγγιση μέσω της χειρουργικής επέμβασης, η οποία προσφέρει πλήρη ίαση.

- ▼ ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΟ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (IDC): Το Διεισδυτικό Πορογενές Καρκίνωμα (IDC) αποτελεί μια από τις πιο συχνές κακοήθεις παθήσεις που μαστίζει τον ανδρικό μαστό. Η εστία των καρκινικών κυττάρων εντοπίζεται στους γαλακτοφόρους πόρους και μεταδίδεται μέχρι το λιπώδη ιστό του μαστού. Σε αυτή τη περιοχή δείχνει να ευνοείται ως προς την αύξηση του και για αυτό αποτελεί την αφετηρία μεταστατικής συμπεριφοράς στο υπόλοιπο σώμα. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος πιστεύεται ότι είναι η μετάσταση της κακοήθειας σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα μέσω του λεμφικού συστήματος και του αίματος. Η συχνότητα εμφάνισης είναι αξιοσημείωτη καθώς παρουσιάζεται ότι οι 8 στους 10 άντρες νοσούν από την προαναφερθείσα κακοήθεια μαστού. Η ανάπτυξη αυτής της μορφής καρκινώματος περιμετρικά της θηλής αιτιολογείται από το μικρότερο, συγκριτικά με το γυναικείο μαστό, μέγεθος του ανδρικού μαστού.
- ▼ ΛΟΒΙΩΔΕΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ILC): Το Λοβιώδες Διηθητικό Καρκίνωμα αποτελεί έναν κακοήθη όγκο, ο οποίος εκδηλώνεται πρώτα του ευρήματα κοντά στα λόβια του μαστού. Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος από τον οποίο προέρχεται η ονομασία του. Η εξέλιξη του στο λιπώδη ιστό του άνδρα δεν παρέχει την δυνατότητα ανάπτυξης του καθώς η συγκεκριμένη περιοχή είναι μικρής επιφάνειας στον ανδρικό μαστικό αδέν. Έτσι, η εμφάνιση του είναι πολύ σπάνια, καταλαμβάνοντας μόνο το 2% των συνολικών κρουσμάτων κακοήθειας στο ανδρικό φύλο.
- ▼ ΝΟΣΟΣ PAGET ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ: Αποτελεί μια κακοήθη μορφή καρκινώματος, η οποία αναγνωρίζεται στους γαλακτοφόρους πόρους και από εκεί διασκορπίζεται στη θηλή και την θηλαία άλω. Η κλινική εικόνα του άνδρα που διαγνώστηκε με τη νόσο Paget παρουσιάζει το δερματικό έπαρμα της θηλής φολιδωτό και έντονα ερυθρό, με σημεία κνησμού κι αιμορραγικής έκκρισης. Ενδέχεται να ανιχνευθεί υποκείμενη μάζα στο

μαστικό αδέννα, που παρομοιάζεται με το Πορογενές Καρκίνωμα in situ (DCIS) ή το Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα (IDC).

- ▼ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (IBC): Συνοδεύεται από συμπτώματα που σχετίζονται με φλεγμονή αλλά είναι μια σπάνια μορφή κακοήθειας με ιδιαίτερη επιθετική ικανότητα. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει οίδημα, άλγος μαστού, ερυθρότητα εντοπισμένη στο 1/3 της συνολικής μαστικής επιφάνειας και ευαίσθητο – φολιδωτό δέρμα. Οι παραπάνω διαταραχές προέρχονται κατά κύριο λόγο από την αναστολή των λεμφικών αγγείων του δέρματος από τα καρκινικά κύτταρα. Επιπλέον, η παρουσία του οιδήματος στο προσβεβλημένο μαστό «αλλοιώνει» την εξωτερική όψη, δείχνοντας τον έναν μαστό μεγαλύτερο και πιο βαρύ από τον άλλο μαστικό αδέννα. Η θεραπευτική προσέγγιση ξεκινά με την χορήγηση των αντιβιοτικών και στη συνέχεια ανάλογα με τις βλάβες που έχει υποστεί ο οργανισμός διενεργούνται και οι αντίστοιχες θεραπευτικές τεχνικές.

(<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-what-is-breast-cancer-in-men>),

(<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/inflammatorybreastcancer/inflammatory-breast-cancer-inflammatory-br-ca-symptoms>)

2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΤΑ TNM

Η καλή πρόγνωση αλλά και η αποτελεσματική θεραπευτική αποκατάσταση του μαστικού καρκίνου απαιτεί αρχικά την κατηγοριοποίηση του καρκινώματος, σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης TNM. Η ταξινόμηση πραγματοποιείται ως T το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, ως N η προσβολή των μασχαλαίων λεμφαδένων και τέλος ως M η ύπαρξη μεταστάσεων. (Moller, 2000)

Διακρίνονται λοιπόν πέντε στάδια:

- Ø Στάδιο 0: αναγνωρίζεται στην εστία της καρκινογένεσης και δεν ανιχνεύεται διήθηση στους γειτονικούς ιστούς.
- Ø Στάδιο I: ο όγκος είναι μεγέθους 2cm ή μικρότερος και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς
- Ø Στάδιο IIΑ: ο όγκος είναι 2-5cm χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες, Στάδιο IIΒ: όγκος 2-5cm με θετικούς λεμφαδένες ή όγκος >5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
- Ø Στάδιο IIIΑ: όγκος >5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς, Στάδιο IIIΒ: προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και όγκος που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα.
- Ø Στάδιο IV: διασπορά στους λεμφαδένες, αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού.
(Buckman, 2000)

Ωστόσο ο διηθητικός καρκίνος του μαστού που εντοπίζεται στις κακοήθειες παθήσεις του μαστού κατατάσσεται σε 4 στάδια με βάση το μέγεθος του και την επέκτασή του σε άλλα σημεία και όργανα του σώματος:

- Ø Στάδιο I: Ο καρκίνος δρα μόνο στον μαστικό αδένα και το μέγεθός του δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική.
- Ø Στάδιο II: Ο καρκίνος είτε περιορίζεται στον μαστό και το μέγεθός του είναι από 2 έως 5εκ., είτε διηθεί και τους λεμφαδένες της σύστοιχης μασχάλης. Οι λεμφαδένες στο στάδιο αυτό είναι ψηλαφητοί και ευκίνητοι. Η πρόγνωση είναι καλή.

- Ø Στάδιο III: Ο καρκίνος στο μαστό μπορεί να έχει οποιοδήποτε μέγεθος και να διηθεί τους σύστοιχους λεμφαδένες της μασχάλης δημιουργώντας ένα σκληρό μη κινητό σύμπλεγμα που συμφύεται με τους γύρω ιστούς. Ακόμη μπορεί να διηθεί το δέρμα, το θωρακικό τοίχωμα ή τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Η πρόγνωση είναι μέτρια.
- Ø Στάδιο IV: Υπάρχουν πολλαπλές μεταστατικές εστίες. Ακολουθεί κακή πρόγνωση. (Moller, 2006)

2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η γενική συμπτωματολογία των καλοηθών παθήσεων εμφανίζει τα παρακάτω κλινικά στοιχεία:

- Ø Ψηλαφητά ογκίδια ή εξογκώματα
- Ø Εκκρίσεις υγρού από τον προσβληθεί μαστό
- Ø Μασταλγία ή Μαστοδυνία
- Ø Δερματικές αλλοιώσεις (Μαρκόπουλος, 2008)

Αντιθέτως, η κλινική εικόνα ενός κακοήθι όγκου εξαρτάται από το στάδιο ανάπτυξης και την διήθηση του στον μαστικό αδένα:

- § Μασταλγία ή Μαστοδυνία
- § Οίδημα
- § Ψηλάφηση όγκου ή εξογκώματος
- § Παραμόρφωση μαστού
- § Δερματικές αλλοιώσεις
- § Εισολκή θηλής
- § Έκκριση υγρού από την θηλή
- § Αίσθημα πόνου περιμετρικά της θηλής

- § Κνησμός
 - § Σκληρότητα μαστού
 - § Ευαισθησία
 - § Καύσος (αίσθημα έντονης θερμότητας)
 - § Εξανθήματα
 - § Μελάνωση
 - § Οίδημα των μασχαλιαίων λεμφαδένων
 - § Αύξηση του συνολικού μεγέθους του προσβεβλημένου μαστού
- (Buckman, 2000 Creagan, 2006)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και της γνώσης στον χώρο της Ιατρικής Επιστήμης, έχει φέρει στο προσκήνιο καινούργιες διαγνωστικές μεθόδους με υψηλότερα ποσοστά αξιοπιστίας και απεικόνισης, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν την καρκινογένεση. Η έγκαιρη και σαφή διάγνωση του μαστικού καρκίνου στον ανθρώπινο οργανισμό συμβάλλει στην ουσιαστικότερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας και στη καλύτερη πρόγνωση της νόσου. Όταν η διαγνωστική αξιολόγηση συμβαίνει στα αρχικά στάδια της καρκινογένεσης τότε εντοπίζεται το καρκίνωμα στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης του και είναι πιο εφικτή η αποκατάσταση του μαστικού αδένα. Έτσι, επιτυγχάνεται και η καλύτερη αισθητική εικόνα του μαστού και ολόκληρου του σώματος. (Moller, 2000)

Η διαγνωστική διερεύνηση των καρκινωμάτων είναι ίδια ανεξαρτήτου κακοήθη ή καλοήθη όγκου. Περιλαμβάνει μεθόδους απλές όπως η μαστογραφία και η ψηλάφηση μέχρι και πιο εξειδικευμένες όπως η αναγνώριση των ορμονικών υποδοχέων και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων. (Moller, 2000)

- **ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ:** Οι ορμόνες εκκρίνονται από τον ανθρώπινο οργανισμό και εμπλέκονται στη κυτταρική λειτουργία. Ανιχνεύονται σε συγκεκριμένες περιοχές στις δομές των κυττάρων, οι οποίες ονομάζονται «υποδοχείς». Ο μαστολόγος θα πρέπει να προβεί σε αξιολόγηση των τιμών του ορμονικού συστήματος ώστε να υπάρχει μια προσέγγιση των ορμονικών υποδοχέων και ιδιαίτερα των οιστρογόνων και των προγεστερονών, που συμβάλλουν στην πυροδότηση της καρκινογένεσης.
- **ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΟΔΟΧΕΑ HER2:** η HER2 κατατάσσεται στις πρωτεΐνες που προέρχονται από τα μαστικά κύτταρα και φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της τόσο πιο αυξημένοι είναι οι υποδοχείς των κυττάρων που συνιστούν τον κακοήθη όγκο. Από την περιεκτικότητα λοιπόν της πρωτεΐνης στον προσβεβλημένο μαστό επιβεβαιώνεται η διάγνωση κακοήθειας ή όχι στην γυναίκα. (Moller, 2000).
- **ΨΗΛΑΦΗΣΗ:** Αποτελεί μια από τις πιο γνωστές διαγνωστικές μεθόδους εντόπισης ενός όγκου στον μαστό, όπου πραγματοποιείται τόσο από την ίδια την γυναίκα (κυρίως προληπτικά) όσο και από τον γυναικολόγο που την παρακολουθεί. Κατά την ψηλάφηση αξιολογείται προσεκτικά όλη η μαστική περιοχή μέχρι την μασχάλη και γίνεται μια προσπάθεια να ανιληφθεί ο ιατρός την ύπαρξη κάποιας μάζας εσωτερικά του μαστού. Οποιαδήποτε αλλαγή όπως ο εντοπισμός κάποιας σκλήρυνσης, η παρουσία ενός εξογκώματος ή η κινητικότητα ενός όγκου θέτει υποψίες καρκινογένεσης και ζητείται από την ασθενή η ακολουθία απεικονιστικών εξετάσεων. Η μασχαλιαία ψηλάφηση προϋποθέτει την ανίχνευση μετάστασης ή επέκτασης του καρκινώματος στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. (Μανδρέκας, 2009)
- **ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ:** Απεικονιστική μέθοδος, ευρείας διαγνωστικής επιλογής, κατά την οποία εντοπίζεται οποιαδήποτε αλλοίωση αφορά το

εσωτερικό των μαστών. Μέσω της μαστογραφίας, η οποία διαθέτει υψηλές δυνατότητες απεικονιστικής διαθεσιμότητας, ανιχνεύεται η ανάπτυξη καρκινικού όγκου ή το ενδεχόμενο εκκρίματος εντός κύστεων. Η ασθενής ωστόσο, μετά την διεξαγωγή της μαστογραφίας, θα πρέπει να διεκπεραιώσει ορισμένες επιπλέον συμπληρωματικές εξετάσεις, προκειμένου να εντοπιστεί το ακριβές μέγεθος του καρκινώματος καθώς η μαστογραφία δεν προσφέρει ολοκληρωμένες ποιοτικές διευκρινήσεις. (Μανδρέκας, 2009)

Û ΥΠΕΡΗΧΟΣ: Κατά την διεξαγωγή του υπέρηχου, με τη βοήθεια των ηχητικών κυμάτων, αναγνωρίζονται και καταγράφονται τα τοιχώματα των ιστών, από τα οποία αποτελείται ο μαστικός μυς. Χρησιμοποιείται κυρίως για την διάγνωση κύστεων, λιγότερο συμπαγείς, που απαιτείται ευκρίνεια, ιδίως περιεχομένου. (Μανδρέκας, 2009)

Û ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI): Σήμερα, στην διαγνωστική εκτίμηση του μαστικού καρκίνου, η MRI είναι μια από τις διαδεδομένες μεθόδους εντοπισμού του καρκινικού όγκου με υψηλά ποσοστά αξιοπιστίας κατά την καταγραφή των αποτελεσμάτων. Ο θεράπων ιατρός την επιλέγει κυρίως για ασθενείς – γυναίκες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος (όπως σε περιστατικά μετάλλαξης των γονιδίων BRCA ή με οικογενειακό ιστορικό μαστικού καρκίνου). Η μαγνητική τομογραφία μάλιστα παρέχει την δυνατότητα διαφοροποίησης καρκινικών όγκων που συγχέονται λόγω της παρόμοιας κλινικής συμπτωματολογίας τους (Ινοαδένωμα από φυλλοειδή όγκο). (Creagan, 2006).

Û ΒΙΟΨΙΑ: Ενδείκνυται σε προχωρημένου σταδίου κακοήθειες, οι οποίες εμφανίζονται υπό την μορφή εξογκωμάτων με κοιλότητες αποστήματος. Κατά την διεξαγωγή αυτής της μεθόδου πραγματοποιείται δειγματοληψία των καρκινικών κυττάρων προκειμένου να αναλυθεί το δείγμα και να ταυτοποιηθεί ο κακοήθης όγκος. Η λήψη του δείγματος επιτυγχάνεται

μέσω μιας ειδικής βελόνας, η οποία εισέρχεται στις κατώτερες στιβάδες του δέρματος. Η διάγνωση εξαρτάται από τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης, η οποία θα δείξει εάν πρόκειται για καλοήγη ή κακοήγη καρκίνωμα. (Κατσώχης, 2000).

Û ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ: Πραγματοποιείται κατά βάση σε περιπτώσεις ασθενών με μεταστατική συμπεριφορά του μαστικού καρκίνου, όπου μέσω της αναλυτικής απεικόνισης των οστικών δομών, θα κριθεί μια μελλοντική μετάσταση του όγκου σε γειτονικούς ιστούς. Το σπινθηρογράφημα διαχωρίζεται σε 2 στάδια. Κατά το πρώτο μέρος πραγματοποιείται η χορήγηση μιας ειδικής ραδιενεργής ουσίας στον οργανισμό του ασθενή, η οποία θα εξαπλωθεί παντού μέχρι και το σκελετικό σύστημα. Έτσι, στη συνέχεια που έρχεται η δεύτερη φάση της μεθόδου, το μηχάνημα θα σαρώσει λεπτομερώς το ανθρώπινο σώμα απεικονίζοντας τις δομές των οστών. Αποτέλεσμα της τεχνικής αυτής, θα είναι η ανίχνευση των καρκινικών κυττάρων και η αξιολόγηση του επιπέδου διήθησης του όγκου σε διαφορετικά σωματικά σημεία του ασθενή, πέραν της μαστικής περιοχής. (Μανδρέκας, 2009).

Û ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΚΠΟΜΠΗΣ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ: Κατά την μέθοδο αυτή, πραγματοποιείται η λήψη μιας ραδιενεργής ουσίας ποζιτρονίων στο σώμα του ασθενή, με σκοπό να εκτιμηθούν τα κύτταρα που διέπουν την καρκινογένεση στο μαστό. Ο θεράπων ιατρός θα αναγνωρίσει τις πιθανότητες εξάπλωσης στο υπόλοιπο σώμα και την επιθετικότητα του όγκου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η συγκεκριμένη διαγνωστική μέθοδος επιλέγεται μόνο σε πολύ σοβαρές κακοήθεις παθήσεις του μαστού καθώς αποτελεί μια εξειδικευμένη τεχνική αναγνώρισης της διήθησης των καρκινικών κυττάρων και προσέγγισης της σοβαρότητας μεταστατικής εξέλιξης του καρκίνου του μαστού. (Μαρκόπουλος, 2008)

2.6 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μέχρι σήμερα, η ιατρική κοινότητα δεν έχει διευκρινίσει, με επιστημονικό τεκμηριωμένο τρόπο, τους λόγους για τους οποίους μπορεί να εκδηλωθεί μια καρκινογένεση στον μαστό είτε της γυναίκας είτε του άνδρα. Είναι αποδεκτό από τους επαγγελματίες υγείας ότι συσχετίζεται με πολυάριθμους κι διαφορετικούς παράγοντες που συμμετέχουν ως μια προδιάθεση στο ιστορικό του ασθενή. Στη συνέχεια, αναφέρεται μια σειρά τέτοιων παραμέτρων, οι οποίοι καλούνται αιτιολογικοί παράγοντες υψηλού κινδύνου: (Δημητρακάκης, 2000)

- ✓ Γενετικοί παράγοντες.
- ✓ Κληρονομική Διάθεση: επηρεάζει τα οικογενειακά πρόσωπα με συγγένεια 1^{ου} βαθμού. Ποσοστό που κυμαίνεται περίπου στο 10% απευθύνεται σε περιστατικά μαστικού καρκίνου με κληρονομική παρέμβαση. (Δημητρακάκης, 2000)
- ✓ Φύλο: Αποτελεί ένα ισχυρό χαρακτηριστικό στοιχείο του μαστικού καρκίνου καθώς οι γυναίκες νοσούν με πολύ μεγαλύτερη διαφορά εκδήλωσης της νόσου από ότι ο ανδρικός πληθυσμός. Αξιόλογη είναι η σχέση προσβολής του μαστικού καρκίνου ανάμεσα σε γυναίκα και άνδρα που αντιστοιχεί σε 99/1. (Φύσσας, 2006)
- ✓ Ηλικιακό Επίπεδο: Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ιδίως για τις γυναίκες καθώς φαίνεται ότι μετά τα 45 έτη τα ποσοστά εμφάνισης μαστικού καρκίνου αυξάνονται δραματικά. Η νόσος ευνοείται για γυναίκες που βρίσκονται στη φάση της εμμηνόπαυσης, μια περίοδος με ανισορροπία στο ορμονικό σύστημα. (Δημητρακάκης, 2000)
- ✓ Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.
- ✓ Έναρξη έμμηνου ρύσης και εμμηνόπαυσης: Έχει διαπιστωθεί ότι γυναίκες που παρουσίασαν διαταραχές στον κύκλο της έμμηνου ρύσης

είτε με αμμηναρχία είτε με καθυστερημένη εμμηνόπαυση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης μαστικού καρκίνου. Ιδιαίτερα γυναίκες που έχουν εμμηνορρυσία περισσότερο από 40 έτη εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο μαστικού καρκίνου. (Δημητρακάκης, 2000)

- ✓ **Γάμος και τεκνοποίηση:** Γυναίκα που κυοφορεί μετά τα 30 έτη αυξάνει τις πιθανότητες να εκδηλώσει μαστικό καρκίνο. Αντιθέτως, ο γυναικείος πληθυσμός που τεκνοποίησε σε μικρή ηλικία ή προχώρησε στην πολυτεκνία δείχνει να προστατεύεται από τον κίνδυνο καρκινογένεσης στον μαστό.
- ✓ **Μητρικός Θηλασμός:** Ένα από τα τεράστια ευεργετήματα που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός είναι η προστασία των μαστικών αδένων έναντι της ανάπτυξης καρκινώματος. (Δημητρακάκης, 2000)
- ✓ **Ορμονικό σύστημα:** Ιδιαίτερα η δράση της Προγεστερόνης φαίνεται να συμμετέχει στην καρκινογένεση καθώς μικρές ποσότητες της ορμόνης συμβάλλουν στην ανάπτυξη των αδενοκυψελών ενώ αύξηση της τιμής της επιδρά στην έκκριση υγρού που μοιάζει με πύαρ. (Δημητρακάκης, 2000)
- ✓ **Οιστρογόνα.** Η λειτουργία των οιστρογόνων ορμονών αφορά κατά κανόνα τον γυναικείο μαστό, ο οποίος αυξάνεται τόσο ο ίδιος όσο και οι δομικές τους συνιστώσες, ιδιαίτερα οι γαλακτοφόροι πόροι. Καθώς το άτομο μεγαλώνει δέχεται λιγότερες επιδράσεις καθώς τα οιστρογόνα μειώνονται και συνεπώς μειώνονται και οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένου. (Creagan, 2006)
- ✓ **Μεταλλάξεις γονιδίου BRCA2:** Έχει αποδειχθεί ότι ο ανδρικός πληθυσμός που φέρει κληρονομική γονιδιακή μετάλλαξη BRCA2, παρουσιάζει μεγάλες πιθανότητες για να εκδηλώσει μαστικό καρκίνο. Η μεταβίβαση του γονιδίου έχει την ικανότητα να κληρονομείται και από τους δυο γονείς του άρρεν φύλου και να τη μεταδίδει στη συνέχεια στα δικά του παιδιά.

- ✓ Σύνδρομο Klinefelter: Κατά αυτή την διαταραχή παρατηρείται μια μεταβολή στα χρωμοσώματα του ανθρώπινου οργανισμού. Για την ακρίβεια συμβαίνει όταν κάποιος εμφανίζει με τη γέννηση του 2 X χρωμοσώματα αντί του ενός X. (XXY αντί για XY). Πιστεύεται ότι αυτή η σπάνια ασθένεια αιτιολογείται από τις υψηλές ποσότητες οιστρογόνων στο σώμα. Αποτέλεσμα αυτής της ιδιομορφίας είναι η αύξηση του μαστικού καρκίνου σε όποιον άντρα νοσεί από το σύνδρομο Klinefelter.
- (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html)
- (<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-risk-factors>)

2.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η θεραπευτική προσέγγιση του μαστικού καρκίνου είτε σε καλοήθεις όγκους είτε υπό την μορφή κακοήθειας εμπλέκεται με τον τύπο του καρκινώματος, το στάδιο ανάπτυξης του όγκου και την κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει τον ασθενή. Αυτός, άλλωστε είναι και ο λόγος που δεν κατηγοριοποιείται το θεραπευτικό πλάνο αλλά εξατομικεύεται για τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε καρκινοπαθή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ολιστική θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στην χρήση των τοπικών και συστηματικών θεραπειών, όπως θα αναλύσουμε στην συνέχεια του κεφαλαίου. (Αθανάτου, 2007)

Ø ΤΟΠΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: Η κυριότερη λειτουργία των τοπικών θεραπειών επικεντρώνεται στην αφαίρεση και καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και μάλιστα στην εστία της καρκινογένεσης (πρωτοπαθή εστία). Έτσι, αποτρέπεται ως ένα βαθμό η εκ νέου αναγνώριση καρκινικών κυττάρων και ο πολλαπλασιασμός τους στην ίδια μαστική περιοχή. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν δηλαδή παρατηρηθεί

καρκινογένεση εκεί που είχε προηγούμενος αντιμετωπιστεί, τότε μιλάμε για το φαινόμενο της τοπικής υποτροπής. Η τοπική αποκατάσταση του προσβεβλημένου μαστού επιτυγχάνεται με την χειρουργική επέμβαση και την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. (Μανδρέκας, 2009)

Ø ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: Οι Συστηματικές θεραπείες περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις μεθόδους που στηρίζονται στην δράση των φαρμακευτικών ουσιών. Η χορήγηση δραστικών ουσιών αποτελεί τον κυριότερο άξονα αντιμετώπισης του μαστικού καρκίνου, η δράση των οποίων διαπερνά την κυκλοφορία του αίματος και καταλήγει στα καρκινικά κύτταρα όπου εκεί τα θανατώνει. Η ίδια διαδικασία συμβαίνει και για εκείνα τα κύτταρα του καρκινώματος που έχουν διασπαρθεί σε διαφορετικές σωματικές περιοχές. Σε κρούσματα ασθενών με κακοήθη καρκίνωμα στο μαστό παρατηρείται η απομάκρυνση των προσβεβλημένων κυττάρων από την πρωτοπαθή εστία και η εκδήλωση μεταστατικών όγκων, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και του λεμφικού συστήματος, γεγονός το οποίο αντενδεικνύεται για θεραπεία μέσω συστηματικών μεθόδων. (Κατσώχης, 2000)

Ø Herceptin: Αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα για ανίχνευση καρκινογένεσης καθώς η παρουσία της αναγνωρίζεται σε καρκινικά κύτταρα που την παράγουν σε υψηλό ποσοστό. Κατατάσσεται στις πρωτεΐνες και ονομάζεται HER2 ή HER2/neu. Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη αν και μπορεί να εντοπιστεί και σε υγιή κύτταρα ωστόσο βρίσκεται σε πολύ μικρές τιμές. Το 25% με 30% των μαστικών καρκινικών κυττάρων περιέχουν υψηλές συγκεντρώσεις HER2, διότι η δράση αυτής της ουσίας είναι διεγερτική και βοηθά στον γρηγορότερο πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα, τα οποία υπερπαράγουν την HER2 εξελίσσονται ραγδαία και διασπείρονται με εντονότερη επιθετική διήθηση σε σχέση με τα υγιή κύτταρα και τις φυσιολογικές συγκεντρώσεις της πρωτεΐνης που ακολουθούν. (Μανδρέκας, 2009)

- Ø ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ: Η Ογκεκτομή στοχεύει στην απομάκρυνση του καρκινώματος από τη μαστική περιοχή και στη δειγματοληψία των καρκινικών ιστών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ακεραιότητα του υπόλοιπου μαστού και η πρόληψη καρκινικών υπολειμμάτων, που ενδέχεται να πυροδοτήσουν τοπική υποτροπή ή μετάσταση του καρκινώματος. Αυτή η μέθοδος αναγνωρίζεται και ως προφυλακτική ή συντηρητική επέμβαση, καθώς απομακρύνεται το προσβεβλημένο μαστικό σημείο και παραμένει ανέγγιχτος ο υπόλοιπος μαστικός αδένας. Η ογκεκτομή ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθενών με μικρού μεγέθους όγκο, σε αρχική φάση ανάπτυξης και με απουσιών μασχαλιαία προσβολή. Εάν το κρίνει ο θεράπων ιατρός σκόπιμο για ένα καλύτερο αποτέλεσμα μπορεί να την συνδυάσει με την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας. (Μανδρέκας, 2009)
- Ø ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Αναφέρεται κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρής κακοήθειας κατά την οποία πραγματοποιείται η αφαίρεση ενός μέρος του μαστού που έχει εμφανίσει καρκινογένεση και στη συνέχεια η απομάκρυνση ενός μικρότερου μαστικού σημείου, περιμετρικά του πρώτου απομακρυσμένου, για να αποτραβηχτεί μαζί με τον φυσιολογικό ιστό υπολείμματα των καρκινικών κυττάρων. Λίγο πριν τελειώσει η διαδικασία ο χειρουργός – μαστολόγος αφαιρεί ένα τμήμα των λεμφαδένων ιδίως αυτών που επαφίονταν με την μασχάλη. (Φύσσας, 2006)
- Ø ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η χημειοθεραπεία αποτελεί την γνωστότερη μέθοδο επιλογής των ιατρών για την αντιμετώπιση του μαστικού καρκίνου. Συμβάλλει στη πρόληψη των μεταστάσεων λόγω διασποράς των καρκινικών κυττάρων στον υπόλοιπο μαστικό αδένα. Η θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στη λήψη χημικοθεραπευτικών ουσιών. Η δραστικές ουσίες αυτής της ομάδας φαρμάκων έχουν την ικανότητα να παρεμβαίνουν στην καρκινική ανάπτυξη ανεξαρτήτως σταδίου εξέλιξης

του. Συγκεκριμένα, η διαδικασία αυτή δεν είναι κάτι άλλο από μια αντινεοπλασματική τεχνική που απομακρύνει τα νεοπλασματικά κύτταρα, μέσω της διακοπής του πολλαπλασιασμού τους. Ωστόσο, με την εφαρμογή της χημειοθεραπείας δεν επιτυγχάνεται η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων στο 100% διότι η διάλυση είναι κλασματική και όχι ποσοτική. (Μαρκόπουλος, 2007)

Ø **ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Η μέθοδος της ακτινοθεραπείας λειτουργεί ως συμπληρωματική αγωγή της χειρουργικής παρέμβασης, ή συνδυαστικά της χημειοθεραπείας. Κύριος θεραπευτικός στόχος της είναι η ολική απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων ή σε ορισμένες περιπτώσεις η βελτίωση της κλινικής εικόνας που παρουσιάζει ο ασθενής, όπως έντονος βήχας, αιμόπτυση και η εγκαταστημένη μαστοδυνία. Η διεξαγωγή της ακτινοθεραπείας πραγματοποιείται με τη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας, η οποία παρεμβαίνει στον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Χρησιμοποιείται ευρέως σε κρούσματα μαστικού καρκίνου με κακοήθη καρκινογένεση, που ακολουθεί τοπική διήθηση γαγγλίων. Επιπλέον εφαρμόζεται και ως προληπτική αρχή στην αποτροπή της λευχαιμικής διήθησης στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. (Μαρκόπουλος, 2007)

Ø **ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Αυτό το είδος θεραπευτικής αγωγής συμπεριλαμβάνεται σε μια κατηγορία αντινεοπλασματικής αποκατάστασης του μαστικού καρκίνου, η οποία παρουσιάζει υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας στα ορμονικά «ευαίσθητα» κακοήθη νεοπλάσματα. Τα οιστρογόνα, τα προγεστερινοειδή και οι αντίστοιχοι υποδοχείς τους συγκαταλέγονται στην ομάδα που εμπλέκονται με την ρύθμιση των κυτταρικών εξελίξεων, της κατηγοριοποίησης και της απόπτωσης των φυσιολογικών μαστικών κυττάρων. Τα οιστρογόνα (O) συνδέονται με τους πυρηνικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (OR) και το δημιουργούμενο σύμπλεγμα O-OR μεταφράζει τη μεταγραφή των

γονιδίων-στόχων. Η τελική τιμή συσχετίζεται από την συμμετοχή της θερμικής καταπληξίας καθώς και συγκατασταλτικών και συνεργητικών πρωτεϊνών, όπως είναι η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, και NSD1. Αυτή η ακολουθία πρωτεϊνών λαμβάνουν δράση στην τροποποίηση της ακετυλίωσης των υποδοχέων και ιστονών. Οι τοποθετήσεις του θεράπων ιατρού από ενδοκρινολογικής πλευράς μπορεί να περιλαμβάνουν την εφαρμογή της ωθηκεκτομής ή υποφυσεκτομής ή επινεφριδεκτομής αλλά ενδέχεται να έχει συμπληρωματική έννοια με την προσθήκη δηλαδή οιστρογόνων, προγεσταγόνων, ανδρογόνων και ανταγωνιστικές με εκλεκτικούς τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων (ταμοξιφένη – ραλοξιφένη - αμιγή αντιοιστρογόνα). Τέλος επισημαίνονται οι ανασταλτικοί αγωνιστές LH-RH και οι αναστολείς της αρωματάσης, όπως η αναστραζόλη, η λετροζόλη και η εξαμεστάνη. Η τελευταία ομάδα των αναστολέων της αρωματάσης προκαλεί μερική αδράνεια στην παραγωγή των οιστρογόνων στους περιφερικούς ιστούς σε γυναίκες που έχουν περάσει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης μέσω της παρεμπόδισης της μετατροπής των ανδρογόνων των επινεφριδίων σε οιστρογόνα. (Pearlstein T.B. ,1995)

Ø ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Κατά την διεξαγωγή αυτής της μεθόδου ο ασθενής δέχεται ακτίνες υψηλής ενέργειας στα προσβεβλημένα μαστικά σημεία και επιπλέον στον θώρακα, την κλείδα και την μασχάλη. Κύρια λειτουργία αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η καταστροφή και απομάκρυνση των καρκινικών κυττάρων στις περιοχές που πραγματοποιήθηκε διήθηση του καρκινώματος και στη συνέχεια μεταστάσεις. Για την καλή έκβαση της θεραπείας απαιτείται η απομάκρυνση του όγκου μέσω χειρουργικής τομής και η υποστηρικτική συμπλήρωση του θεραπευτικού πλάνου με την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής (προκειμένου να εξαλειφθεί το ενδεχόμενο παρουσίας

υπολειμματικών καρκινικών κυττάρων). (Μαρκόπουλος, 2007
Μαρκόπουλος, 2008)

2.8 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΥΗΣΗΣ

Ο μαστικός καρκίνος αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκινοπάθειας στο γυναικείο πληθυσμό ενώ 1 στις 9 γυναίκες φαίνεται ότι θα νοσήσουν στο μέλλον ιδίως εάν ανήκουν σε ηλικίες μεταξύ των 35 έως 54 ετών. Για αυτή την ηλικιακή κατηγορία ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου.

Συγκεκριμένα, το 15% του συνολικού ποσοστού ασθενών με μαστικό καρκίνο απευθύνεται σε γυναίκες μικρότερης των 45 ετών ηλικίας και εντοπίζεται ιδίως στην αναπαραγωγική φάση της γυναίκας. Επισημαίνεται πως μεγάλος αριθμός των ασθενών βρίσκονταν στην περίοδο κύησης ή νόσησαν από καρκίνο του μαστού ένα χρόνο μετά την κύηση. (Παυλίδης, 2006)

Διάγνωση Καρκίνου Μαστού κατά την περίοδο κύησης:

Η διερεύνηση του μαστικού καρκίνου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της ασθενούς ξεκινά με την πρώτη μέθοδο εκλογής, το υπερηχογράφημα. Η απεικόνιση των αποτελεσμάτων υποστηρίζεται από την αναγκαία διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της μαστογραφίας, η οποία θα ανιχνεύσει τα καρκινικά ευρήματα στον μαστό της γυναίκας. Η μαστογραφία επειδή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί και με ψηφιακή αλλά και με μαγνητική μορφή απαιτείται η παρέμβαση του γυναικολόγου αλλά και ενός πεπειραμένου μαστολόγου για να διευκρινίζουν αποκλίσεις διακοπής της κύησης ανάλογα με τον μήνα της κυοφορίας. (Παυλίδης, 2006)

Προληπτικά για την διασφάλιση της υγείας του εμβρύου αποτρέπεται το ενδεχόμενο εξέτασης με scanning οστών με γ-κάμερα, διότι μέσω αυτής της

μεθόδου θα πρέπει να χορηγηθεί ραδιοφάρμακο προκειμένου να γίνει η ταυτοποίηση της κακοήθειας, όπως και η αξονική τομογραφία.

Για την ιστολογική και κυτταρολογική αξιολόγηση της ασθενούς σε περιπτώσεις που αναμένεται χειρουργική επέμβαση μετά την λήξη της κύησης (ή και για την εξακρίβωση της κακοήθειας) ακολουθούνται όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται και στα περιστατικά κακοήθειας μαστικού καρκίνου για γυναίκες που δεν βρίσκονται στην περίοδο κυοφορίας εμβρύου. Σημαντική όμως προϋπόθεση αποτελεί η ομαλή λειτουργική εμβρυική εξέλιξη και η απουσία αναπτυξιακών διαταραχών του κυήματος. Τέλος, περιορίζεται η χρήση επεμβατικών τεχνικών διάγνωσης όπως η παρακέντηση μέσω λεπτής βελόνας και η πραγματοποίηση βιοψίας στον μαστό μέσω της τοπικής αναισθησίας. (Παυλίδης, 2006)

Επίδραση στην κύηση:

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερώσει την γυναίκα που κυοφορεί ότι η θεραπευτική προσέγγιση του μαστικού καρκίνου απαιτεί την σύντομη διακοπή της κύησης. Αποτελεί μια αναπόφευκτη ενέργεια, η οποία χειροτερεύει την ψυχική υγεία της εγκύου αλλά δεν αναγνωρίζεται η επιλογή κάποιας άλλης μεθόδου.

Πιο συγκεκριμένα σε ασθενείς-εγκύους, με προχωρημένο μαστικό καρκίνο 3^{ου} σταδίου, η διακοπή της κύησης συνδέεται με άμεση φαρμακευτική αγωγή και χειρουργική αποκατάσταση. Υπαρκτό είναι και το ενδεχόμενο πρώτης επιλογής ακτινοθεραπείας και επαναλαμβανόμενης χημειοθεραπείας και μετά η αναγκαία ολική ή μερική αφαίρεση του μαστού. (Παυλίδης, 2006)

Θεραπευτική αντιμετώπιση:

Η θεραπεία του μαστικού καρκίνου κατά την διάρκεια κύησης εξαρτάται

από το τρίμηνο της κύησης και από το επίπεδο υγείας που διασφαλίζει στο έμβρυο. Σε όλη την χρονική περίοδο κύησης ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση του προσβεβλημένου μαστού, σύμφωνα όμως με την αναλογία της μαστικής περιοχής ως προς την επέκταση του καρκινώματος. (Παυλίδης, 2006)

Σε περιστατικά παρέμβασης μέσω μαστεκτομής, εάν η ασθενής διανύει το 1^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συνίσταται η αποφυγή άμεσης αποκατάστασης του μαστού, προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος επίδρασης του εμβρύου από την φαρμακευτική αγωγή που δίνεται στη συνέχεια συντηρητικά.

Οι μέθοδοι της ακτινοθεραπείας, της ορμονοθεραπείας με ταμοξιφαίνη και η χορήγηση των αναστολέων αρωματάσης αποτελούν αντένδειξη στο θεραπευτικό πλάνο της εγκυμονούσα, ενώ η χημειοθεραπεία τόσο στο προεγχειρητικό όσο και στο μετεγχειρητικό στάδιο απαγορεύεται για το 1^ο τρίμηνο της κύησης. Στο 2^ο τρίμηνο ενδείκνυται ως επιλογή επιβίωσης της ασθενούς αλλά κατά τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου εφόσον η χημειοθεραπεία έχει ήδη αποφασιστεί ως η αναγκαία μέθοδος αντιμετώπισης, η έγκυος ασθενής θα πρέπει να δεχτεί το τελευταίο χημειοθεραπευτικό σχήμα, τουλάχιστον δύο εβδομάδες πριν από τον τοκετό, ώστε να έχει προλάβει να ανανήψει ο μητρικός μυελός των οστών. (Παυλίδης, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ – Η ΑΦΕΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Με τον όρο της κατάθλιψης, περιγράφουμε το αίσθημα της λύπης και της στεναχώριας που χαρακτηρίζει ένα άτομο παροδικά και του δίνει την εικόνα του δυστυχισμένου, του άκεφου ή του πιεσμένου ψυχολογικά που τον αποθαρρύνει να λαμβάνει μέρος στη κοινωνική ζωή. Είναι αίσθημα, το οποίο όλοι σε αντίστοιχες δυσχερείς φάσεις της ζωής μπορούν να το βιώσουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα.

Με την έννοια όμως της «Κλινικής Κατάθλιψης», δηλώνεται η διαταραγμένη διάθεση με εγκατάσταση των συναισθημάτων μελαγχολίας, θυμού, απώλειας και απογοήτευσης. Η συμπτωματολογία της διαταραχής παρεμβαίνει στη καθημερινή πορεία του ασθενή και διαρκεί για διάστημα μεγαλύτερο τουλάχιστον των δυο εβδομάδων.

(<http://www.iatronet.gr/symptom-checker/katathlipsi.html>).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν:

- Μελαγχολική διάθεση
- Ασυνήθιστο άγχος.
- Θωρακικό άλγος, προερχόμενο από stress.
- Αίσθημα δυσφορίας.
- Νευρικήτητα
- Διάχυτη απελπισία
- Ανηδονία (ο ασθενής δεν βρίσκει μέσα από τα χαρούμενα γεγονότα, ένα λόγο να είναι ευτυχής).

- Μειωμένες ψυχοκινητικές δραστηριότητες (αργό βάδισμα, απροθυμία, δυσκολία λήψης αποφάσεων).
- Υπνηλία ή διαταραγμένος ύπνος.
- Απώλεια όρεξης (σπάνια περιπτώσεις βουλιμίας).
- Απουσία σεξουαλικής διάθεσης.
- Εύκολη σωματική κόπωση (προέρχεται από την ψυχική «κόπωση»).
- Ενοχικά αισθήματα.
- Εξασθενημένη σωστή σκέψη.
- Αυτοκτονικές ιδέες και επανάληψη τέτοιων σκεπτικών αποφάσεων για τον τρόπο υλοποίησης τους (ενδείκνυται σε βαριά κατάθλιψη).

(<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>).

3.2 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ «ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ» ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Η καταθλιπτική διαταραχή και η κλινική της εικόνα, δέχονται αμφισβήτηση ή υποτιμώνται τόσο στους σωματικά υγιείς όσο και στους ασθενείς από κάποια παθολογική δυσχέρεια. Παρόλο που είναι γνωστό ότι ένας οργανισμός όταν πάσχει οργανικά μπορεί να νοσεί και ψυχικά καθώς το σώμα και η ψυχή αλληλεπικοινωνούν ωστόσο οι περισσότεροι το λαμβάνουν λιγότερο υπόψη. Σήμερα πιστεύεται ότι ο ένας στους τέσσερις ασθενείς που παρουσιάζει καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο, εμφανίζει και κάποια μορφή καταθλιπτικής διαταραχής και μάλιστα ποσοστό του 13% εκδηλώνει βαριά μορφή κατάθλιψης. (Παπαδάτου, 2012)

Ωστόσο, αυτό το ποσοστό δεν διαγνώσετε έγκαιρα λόγω της απόλυτης λανθασμένης ιδεολογίας που υπάρχει στο ευρύ κοινό ότι η καταθλιπτική διάθεση αποτελεί ένα φυσιολογικό γεγονός στον καρκινοπαθή που εάν δεν την εκδηλώσει θα σημάνει αδυναμία ή αδιαφορία για το «τραγικό γεγονός» που του συνέβη. Η παραπάνω εκλογίκευση αποτελεί και την αιτία αύξησης των

καταθλιπτικών επεισοδίων στον ασθενή που έχει διαγνωστεί με κάποιας μορφής καρκίνο.

Στην αρχή της περιόδου που έχει πραγματοποιηθεί η διάγνωση είναι φυσιολογικό ο ασθενής να παρουσιάζει μια σειρά συναισθηματικών ενοχλήσεων ή αρνητικών για την ζωή συμπτωμάτων καθώς βιώνει το στάδιο της προσαρμογής του σε μια νέα δυσχερή κατάσταση. Η αίσθηση του θυμού, η άρνηση, η μελαγχολία, η αϋπνία και το διάχυτο άγχος για κάθε τι συνιστούν την «είσοδο» του πάσχοντα σε νέα δυσάρεστα, προσωρινά ή μη, δεδομένα. Ενοχλείται και διαταράσσεται η καθημερινότητα του αλλά η συνολική εικόνα διαρκεί για 1 έως 2 εβδομάδες, μέχρι ο ασθενής να συνειδητοποιήσει τι συμβαίνει και να απαντηθούν τα ερωτήματα του ως προς την έννοια του καρκίνου. (Παπαδάτου, 2012)

Η εγκατάσταση αυτού του τρόπου συμπεριφοράς όταν αρχίζει να ξεπερνά τις 2 με 3 εβδομάδες είναι ανησυχητική διότι αγγίζει την διάγνωση της Κατάθλιψης. Σήμερα, η επιστημονική κοινότητα θεωρεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καρκινοπαθών, ανεξαρτήτως ηλικίας ή φύλο, χρειάζεται κάτι περισσότερο από 10 ημέρες για να προσαρμοστεί στη νέα καθημερινότητα. Αυτό δεν σημαίνει ότι αποδέχονται εξολοκλήρου την ιδέα του καρκίνου αλλά γνωρίζουν και κατανοούν αυτό που συμβαίνει και προσπαθούν να το διαχειριστούν με τις λιγότερες ψυχοσωματικές συνέπειες.

Ωστόσο, εάν τα συμπτώματα επιδεινώνονται και συνεχίζουν έντονα την εκδήλωσή τους τότε απαιτείται η παρέμβαση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου για να τεκμηριώσει εάν υφίσταται Κατάθλιψη ή αποτελούν ένα στάδιο μετάβασης του καρκίνου, το οποίο εμφανίζεται με υποτροπές. Η διαγνωστική προσέγγιση είναι δύσκολη διότι υπάρχουν καρκινοπαθείς οι οποίοι εκφράζουν μεγαλύτερη αδυναμία, ευαισθησία ή ψυχοσωματική δυσλειτουργία, τα οποία μπορεί να διαγνωστούν ως ήπιας μορφής καταθλιπτική διαταραχή. Η αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς ενός ατόμου στο οποίο διαγιγνώσκεται καρκίνος σε μια νέα μετάβαση καλείται Διαταραχή Προσαρμογής και μέσω της

συμβουλευτικής υποστήριξης μπορεί να εξαλειφτεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Σε περίπτωση ασθενούς όπου η καταθλιπτική διάθεση χειροτερεύει και παρουσιάζονται χαρακτηριστικά συναισθήματα απελπισίας ή αυτοκτονικές ιδέες τότε η Μείζων Κατάθλιψη είναι υπαρκτή.

Τέλος θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν είναι φυσιολογική εξέλιξη της εκδήλωσης καρκίνου ούτε η Διαταραχή Προσαρμογής αλλά ούτε και η Μείζων Κατάθλιψη, επειδή όμως οι άνθρωποι στην σημερινή κοινωνία είναι ψυχικά και διανοητικά απροετοίμαστοι για τον ερχομό μιας ανίατης ή μη ασθένειας δείχνει να είναι κάτι το αναμενόμενο στην μετέπειτα πορεία της διαγνωστικής ανακοίνωσης του καρκίνου. (Παπαδάτου, 2012)

3.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η διαγνωστική εκτίμηση της Κατάθλιψης αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα ασθενών που την ίδια χρονική περίοδο εμφανίζουν κάποιας μορφής καρκίνου στον οργανισμό τους. Η αιτιολογία έγκειται στο γεγονός ότι πολλά από τα αναφερόμενα σημεία της καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να αποτελούν συμπτώματα του καρκίνου ή ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμακευτικών μεθόδων αντιμετώπισης του καρκίνου. Η μελαγχολία, η ανορεξία, η αϋπνία, η εύκολη σωματική κόπωση ή η συνεχόμενη κεφαλαλγία ενδέχεται να αποτελούν απόρροια του καρκίνου και όχι κριτήριο αξιολόγησης κάποιας μορφής Κατάθλιψης.

Η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη κλινική εικόνα της ψυχικής δυσλειτουργίας και ιδιαίτερα σε ανεύρεση σημείων που υποδηλώνουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Η μετατόπιση προς αυτήν την κατεύθυνση οφείλεται στην ελλιπή δυνατότητα του θεράπων ιατρού να έχει μια ξεκάθαρη εικόνα των κλινικών εξετάσεων καθώς η ανάλυση των εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων συγκρούεται με τις σωματικές επιπτώσεις που φέρει ο καρκίνος ιδίως σε προχωρημένο στάδιο.

<https://medlook.net/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%BF%CE%B%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/670.html>

Ωστόσο, εάν κάποιος εμφανίζει 5 ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων οφείλει να ζητήσει την ιατρική παρέμβαση καθώς αποτελούν κριτήρια διάγνωσης καταθλιπτικής διαταραχής:

- Μελαγχολική διάθεση.
- Αίσθημα λύπης, απελπισίας ή ανικανότητας.
- Κακή ποιότητα ύπνου (αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία).
- Ανορεξία και απώλεια βάρους (σπάνια παρατηρείται βουλιμία και σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους).
- Απώλεια ενδιαφέροντος και σημεία αδράνειας.
- Ευερεθιστικότητα, νευρικότητα.
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή μνήμης.
- Εύκολη σωματική κόπωση.
- Ενοχικές ιδέες.
- Αυτοκτονική τάση, εμμονή στην ιδέα του θανάτου.

<https://medlook.net/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%BF%CE%B%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/670.html>

3.2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Έχουν αναγνωριστεί κατά καιρούς ορισμένα χαρακτηριστικά που συσχετίζονται σε αξιοσημείωτο βαθμό με την έναρξη καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς που νοσούν από καρκίνο, τα οποία αποτελούν παράγοντες κινδύνου και αναφέρονται στην συνέχεια της ενότητας: (Brouw, 2014)

- ✓ Το φύλο του ασθενή (ο γυναικείος πληθυσμός παρουσιάζει διπλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης Κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες).
- ✓ Ηλικιακό επίπεδο (οι γυναίκες στην ηλικία των 50 περίπου ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη έξαρση καταθλιπτικών επεισοδίων καθώς εμπλέκεται και η συμπτωματολογία της εμμηνόπαυσης ενώ οι άντρες αιτιολογούνται από σεξουαλικές δυσλειτουργίες που ακολουθούν την νόσο).
- ✓ Προηγούμενη καταγραφή καταθλιπτικού επεισοδίου.
- ✓ Προϋπάρχουσα σωματική αναπηρία.
- ✓ Προσωπικότητα ασθενούς (η εσωστρέφεια ή η χαμηλή αυτοεκτίμηση εμπλέκονται με αρχή Κατάθλιψης).
- ✓ Απουσία οικογενειακής υποστήριξης. (Brouw, 2014)

3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η αιτιολογική στήριξη για την ανάπτυξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής συσχετίζεται με πολλές παραμέτρους. Μπορεί να οφείλεται σε γονίδια, τα οποία κληρονομούνται στην επόμενη γενιά ή να εμφανίζεται επίκτητα, λόγω εξωτερικών ερεθισμάτων (σωματική ασθένεια, κοινωνικός περιορισμός, ρατσιστικές προκαταλήψεις). Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ενώ δεν υπάρχει γονιδιακό κίνητρο, εντούτοις η Κατάθλιψη εκδηλώνεται από ένα αγχωτικό ή δυνατά στρεσογόνο γεγονός, το οποίο πυροδοτούσε καταθλιπτικά επεισόδια.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που εμπλέκονται με την καταθλιπτική διαταραχή είναι:

- § Κατάχρηση αλκοολούχων ουσιών ή ερεθιστικών ουσιών (ναρκωτικά)

§ Δυσμενείς - Αγχωτικές καταστάσεις (διαζύγιο, θάνατος, ανίατες ασθένειες, κακοποίηση, κοινωνικός στιγματισμός, ανεργία, απώλεια ή αναπηρία σωματικού μέρους).

§ Κοινωνική απομόνωση

§ Συνυπάρχουσες σωματικές παθήσεις ή παρενέργειες θεραπευτικών μεθόδων. (υποθυρεοειδισμός, χορήγηση στεροειδών φαρμάκων).

§ Συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, με επιπτώσεις από το θεραπευτικό πλάνο (μαστικός καρκίνος και χημειοθεραπεία, ολική μαστεκτομή).

§ Μακροχρόνιο σωματικό άλγος.

(<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>).

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:

Διακρίνονται διαφορετικές αιτίες ως συνέπειες του μαστικού καρκίνου και της αντιμετώπισης του, οι οποίες συμβάλλουν στην έναρξη καταθλιπτικού επεισοδίου λόγω απότομων μεταβολών της διάθεσης του ασθενή:

- ✓ **Ανεξέλεγκτο ή μακροχρόνιο άλγος:** Ο μη αντιμετωπίσιμος πόνος αποτελεί αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης στον καρκινοπαθή, ο οποίος παρουσιάζει εξάρτηση από την φαρμακευτική αγωγή. Αυτό το γεγονός συχνά προτρέπει τον ασθενή να σκέφτεται διαταραγμένα και να και να ωθεί τον εαυτό του στην υλοποίηση της αυτοκτονικής ιδέας. Με το προσωπικό του, ψυχικά ανισόρροπο διαλογισμό μεταφράζεται ως «αξιοπρεπής, λυτρωτικός θάνατος».
- ✓ **Μεταβολικό σύνδρομο:** η υπερασβεστιαμία, η αναιμία και η ανεπάρκεια ήπατος (επιπτώσεις του καρκινώματος στον οργανισμό), συμβάλλουν παθολογικά στην αλλαγή της διάθεσης.

- ✓ Φαρμακευτική αγωγή: ουσίες όπως η πρεδνιζόνη και η δεξαμεθαζόνη, που χορηγούνται συνδυαστικά με τη χημειοθεραπεία, ενεργοποιούν καταθλιπτικά επεισόδια λόγω των παρενεργειών τους στον ασθενή.
- ✓ Εξωτερική εμφάνιση: απότομες μεταβολές της εξωτερικής παρουσίασης του καρκινοπαθή, ιδίως στις γυναίκες, με την απώλεια των μαλλιών και την εφαρμογή της χειρουργικής αντιμετώπισης (μαστεκτομή) προσδίδουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική λειτουργία του ασθενή.
- ✓ Κοινωνικές επιπτώσεις: η απώλεια ή η ανικανότητα εργασίας του ασθενή, η διαταραγμένη κοινωνική επανένταξη και η αδυναμία λειτουργικότητας στα καθημερινά του καθήκοντα, αναπτύσσουν αισθήματα ανικανότητας, χαμηλής αυτοπεποίθησης και ανάγκη αποτραβήγματος από το κοινωνικό σύνολο.
(<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>).

3.3.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Η ψυχική ισορροπία του ασθενή και η ένταση της καταθλιπτικής διάθεσης συσχετίζονται με το σημείο εντοπισμού της καρκινογένεσης. Αυτός είναι και ο λόγος κατά τον οποίο ο καρκίνος ως έννοια εμφανίζει μερικές διαφοροποιήσεις στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Το όργανο που θα αποτελέσει την εστία της νόσου και η αναγνώριση των επιδημιολογικών στοιχείων που συνοδεύουν το κάθε είδος καρκίνου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα συμπεριφορά και συμμόρφωση στο θεραπευτικό πλάνο του ασθενούς.

Για παράδειγμα, το γυναικείο φύλο πλήττεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τον μαστικό καρκίνο, συγκριτικά με τους άνδρες. Αυτό σηματοδοτεί ως προς μια έννοια ότι η γυναίκα δεν βρίσκεται μόνο μπροστά στον κίνδυνο ενός συνόλου σωματικών διαταραχών, αλλά τίθεται και το ενδεχόμενο απώλειας

ενός μέρους από το σώμα της (τονίζοντας ότι ο μαστός αποτελεί σημείο ή ένδειξη θηλυκότητας, μητρότητας και ερωτικής αίσθησης). Έτσι ξεκινά και η επίδραση των σκέψεων ή των μελλοντικών καταστάσεων στην ψυχή της, παρουσιάζοντας αδυναμία διαχείρισης της πάθησης. (<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>).

Στην συνέχεια του κεφαλαίου, πραγματοποιείται η καταγραφή των σημαντικότερων μηχανισμών προσαρμογής έναντι στον καρκίνο, σύμφωνα με την σταδιακή χρονική περίοδο που παρουσιάζονται στον ασθενή:

- ▼ **ΑΡΝΗΣΗ:** Ο ασθενής είναι απόλυτος και κατηγορηματικός. Δεν αποδέχεται την νοσηρή κατάσταση και αντιδρά παθολογικά δηλώνοντας ότι δεν νοσεί από καμία πάθηση. Ειδικότερα σε περιπτώσεις μαστικού καρκίνου υποβιβάζει στην σκέψη του κάθε έγκυρη μέθοδο διάγνωσης και αναφέρει το γεγονός της μαστεκτομής ως μια πράξη πρόληψης για τυχόν υποτροπή του καρκίνου. Συνήθως, οι γυναίκες που έχουν προβεί σε ολική αφαίρεση του μαστού είναι απρόθυμες να συζητήσουν και προσπαθούν να διακόπτουν την συζήτηση για να μην αναφερθούν περαιτέρω πληροφορίες.
- ▼ **ΜΑΧΗΤΙΚΟΤΗΤΑ:** Ο ασθενής δείχνει να κατέχεται από δυναμισμό και ανάγκη μάχης απέναντι στον καρκίνο. Διακρίνεται έντονα η αποφασιστικότητα και η συνεχής ψυχραιμία του. Προσπαθεί με κάθε τρόπο να δικαιολογεί το συμβάν του αιφνίδιου καρκίνου ως ένα κομμάτι της ζωής που μάλλον ήρθε η ώρα να το αντιμετωπίσει. Οι γυναίκες με μαστικό καρκίνο επειδή είναι περισσότερο εξωστρεφής σε σχέση με τους άνδρες φαίνεται να διατηρούν μια θετική στάση μέσω της επικοινωνίας τους με άλλες γυναίκες που στο παρελθόν τους νόσησαν αλλά πέτυχαν την καλή πρόγνωση και προσπαθώντας να αντλήσουν όσο είναι εφικτό περισσότερες πληροφορίες επικεντρώνονται στην ψυχική τους ακεραιότητα.

- ▼ ΣΤΩΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ: κατά αυτόν τον μηχανισμό οι γυναίκες συμφιλιώνονται με την ανάπτυξη μαστικού καρκίνου στο σώμα τους και δείχνουν ήρεμες στην διαγνωστική προσέγγιση. Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν δεν τους «γεννά» ερωτήματα ούτε αναζητούν στοιχεία που αφορούν την νόσο. Σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης ενώ λαμβάνουν τις ιατρικές καθοδηγήσεις προσπαθούν να μην περιορίζονται στην καθημερινή τους δραστηριότητα και να κρατούν σε μια ασφαλή απόσταση τις επιπτώσεις της πάθησης.
- ▼ ΑΠΟΔΟΧΗ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ: Η αναφορά της διάγνωσης πυροδοτεί έντονο άγχος και κυκλοθυμική συμπεριφορά. Εκδηλώνουν έντονη την ανάγκη της γνώσης του μαστικού καρκίνου αλλά η ερμηνεία των πληροφοριών με αρνητική χροιά αυξάνει ακόμη περισσότερο την μελαγχολική τους διάθεση. Αντιμετωπίζουν την πάθηση με απαισιοδοξία και δέχονται μεγάλη εσωτερική πίεση διότι προσπαθούν παρά τον ψυχικό πόνο να είναι άκαμπτες ως προς την συμμετοχή τους στην καθημερινή τους ζωή.
- ▼ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ/ ΑΒΟΗΘΗΤΟΤΗΤΑ: Η ανακοίνωση της διάγνωσης παραλύει την ψυχική τους υγεία. Σωματοποιούν τον ψυχικό τους πόνο και την άρνηση υπάρξεως του καρκίνου του μαστού. Επιζητούν ή «ανακαλύπτουν» σημεία και συμπτώματα για να επιβεβαιώσουν τις κρίσεις τους. Η ενασχόληση με τα καθημερινά τους καθήκοντα κρίνεται προβληματική και αποδιοργανωμένη.
<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>).

ΨΥΧΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Πολυάριθμες μελέτες, έχουν στο επίκεντρο διερεύνησης, τους μηχανισμούς, σύμφωνα με τους οποίους τα διάφορα ψυχολογικά ερεθίσματα επηρεάζουν την εξέλιξη της καρκινογένεσης στον ανθρώπινο μαστό.

Αναλυτικότερα, έχουν προσεγγιστεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που με την δράση τους συμμετέχουν στην έκβαση της νόσου και αναφέρονται στη συνέχεια:

- Ασθενείς του γυναικείου φύλου, που με το πέρασμα 7 ημερών από την εφαρμογή της μαστεκτομής εκδηλώνουν εντονότερη δυσφορία και μη προσαρμοστικότητα, παρουσιάζουν αυξημένη από το φυσιολογικό επίπεδο, δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων. Αποτέλεσμα της παραπάνω διαπίστωσης είναι η καλύτερη πρόγνωση.
- Γυναίκες – ασθενείς, που ξεπέρασαν το πρώτο τρίμηνο της μαστεκτομής και χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης, παρουσιάζουν εντονότερη την δραστηριότητα των ανοσοσφαιρινών IgM, συγκριτικά με τις γυναίκες που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας.

Τα αποτελέσματα ερευνών δηλώνουν ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράμετροι έχουν την ικανότητα επίδρασης στην απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του καρκινοπαθή, με αποτέλεσμα να οδηγούν σε μεγιστοποίηση της τιμής των ανοσοσφαιρινών που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4). Απόρροια της παραπάνω διεργασίας είναι είτε η παρεμπόδιση της καταστροφής των καρκινικών κυττάρων, είτε η αύξηση των ανοσοσφαιρινών που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM) και συμβάλλουν στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

(Ατκισον, 2015),(<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=742>)

3.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με διάφορες μορφές, ανάλογα με την κλινική εικόνα που εκδηλώνεται (ήπια και βαριά μορφή κατάθλιψης) και την χρονική

περίοδο που αναγνωρίζονται οι πρώτες της ενδείξεις. Στην συνέχεια, αναφέρονται οι κυριότεροι τύπου καταθλιπτικών διαταραχών, έτσι όπως έχουν καταγραφεί από την επιστημονική κοινότητα. (Hauck, 2013)

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:

Σε ορισμένες βιβλιογραφικές παραπομπές καλείται και ως μονοπολική διαταραχή της διάθεσης. Για να διαγνωστεί ένας ασθενής καταθλιπτικός λόγω μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, θα πρέπει να εντοπίζεται δυσλειτουργία στην ψυχοσύνθεση και την λειτουργικότητα του πάσχοντα αλλά να διαθέτει στο προφίλ του και 4 από τα συμπτώματα που αναφέρονται στη συνέχεια, για μεγαλύτερο διάστημα από 2 εβδομάδες:

- Καταθλιπτική διάθεση.
- Παθητικότητα ή μειωμένη ενεργητικότητα (ο ασθενής δεν συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες).
- Ανορεξία ή υπερφαγία.
- Διαταραγμένος ύπνος (αϋπνία ή υπνηλία).
- Σωματική κόπωση.
- Ψυχική αδυναμία.
- Υποτίμηση της ύπαρξης του (ενοχική συμπεριφορά, ανικανότητα ή ιδέες αναξιότητας).
- Αδυναμία συγκέντρωσης, εύκολη διάσπαση της προσοχής και αποφυγή λήψης αποφάσεων).
- Αυτοκτονικός ιδεασμός. (Hauck, 2013),
(<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>)

Υποκατηγορίες Μείζονος Κατάθλιψης, με κριτήριο διαχωρισμού την χρονική περίοδο εκδήλωσης:

- § Μοναδικό επεισόδιο: ο πάσχοντας έχει παρουσιάσει μόνο μια φορά καταθλιπτικό επεισόδιο.
- § Υποτροπιάζουσα κατάθλιψη: εμφανίζονται παραπάνω από 2 καταθλιπτικά επεισόδια σε όλη την πορεία της ζωής τους.
- § Χρόνια κατάθλιψη: η συμπτωματολογία παρουσιάζει ύφεση αλλά η διάρκεια τους συνεχίζει για παραπάνω από 2 έτη.
- § Εποχιακή κατάθλιψη: η αλλαγή των εποχών επιβαρύνει την υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή. Γίνεται αναφορά για επιδείνωση των συμπτωμάτων κυρίως χειμερινούς μήνες.
- § Επιλόχεια κατάθλιψη: εκδηλώνεται το διάστημα μετά τον τοκετό, την περίοδο που η γυναίκα είναι λεχώνα. Εμφανίζεται συνήθως με ήπια μορφή και αιτιολογείται από την απότομη μεταβολή του τρόπου ζωής της μητέρας με την απόκτηση ενός παιδιού.
- § Διπλή κατάθλιψη: προϋπήρχε δυσθυμία, η οποία αποτέλεσε την βάση για έναρξη μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. (Hauck, 2013), (<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>)

Διάκριση Μείζονος Κατάθλιψης, σε σχέση με την κλινική εικόνα και την βαρύτητα εκδήλωσης της:

- § Μελαγχολική Κατάθλιψη: θεωρείται η πιο επικίνδυνη μορφή κατάθλιψης, καθώς υπάρχει μεγάλη ένταση (ποιοτική και ποσοτική) στην συμπτωματολογία της.
- § Ψυχωτική Κατάθλιψη: η συμπτωματολογία περιλαμβάνει και ψυχωτικά σημεία (παραλήρημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλόκοτη σκέψη και συμπεριφορά).
- § Άτυπη Κατάθλιψη: ο ασθενής παρουσιάζει άτυπα συμπτώματα, πέραν των καταθλιπτικών κριτηρίων, όπως βουλιμία, αντίδραση σε κριτική από

άλλα πρόσωπα, αίσθημα καταπίεσης και ανεκτικότητα. (Hauck, 2013), (<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>)

Στην συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά άλλες μορφές Κατάθλιψης:

- ✓ ΔΥΣΘΥΜΙΑ: Συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής σε μικρότερη ένταση και ηπιότερη μορφή. Ωστόσο παρεμβαίνει στην καθημερινότητα του ασθενή για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ετών.
- ✓ ΕΛΑΣΣΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: τα συμπτώματα μπορούν να διαρκέσουν για περισσότερο από 2 εβδομάδες αλλά δεν πλήττουν σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορά του πάσχοντα.
- ✓ ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης ωστόσο διαδραματίζονται για λιγότερο από 2 εβδομάδες.
- ✓ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: συμπτώματα κατάθλιψης, ήπιας μορφής, με εμφάνιση πριν ή μετά την έμμηνο ρύση της γυναίκας.
- ✓ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: εξωγενείς προβληματισμοί πλήττουν την ψυχή του ασθενή και του πυροδοτούν καταθλιπτικά συμπτώματα με διαβάθμιση της έντασης και διάρκεια μέχρι 2 μήνες.
- ✓ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΨΕΥΔΟΑΝΟΙΑ: διακρίνεται δυσλειτουργία στη μνήμη, την συγκέντρωση και την προσοχή (γνωστικές διαταραχές) συνδυαστικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Εμφανίζεται σε ασθενείς με ηλικιακό επίπεδο μεγαλύτερο των 50 ετών.
- ✓ ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: η καταθλιπτική διαταραχή συνοδεύεται από έντονο εγκατεστημένο άγχος στη συμπεριφορά του ασθενή.
- ✓ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ο ασθενής παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα λόγω σωματικών διαταραχών (καρκίνο,

σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία), χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών (κορτιζόνη, χημειοθεραπευτικές ουσίες) ή λόγω κατάχρησης αλκοολούχων / ψυχοτρόπων ουσιών.

(<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>)

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ένα σύνολο καταθλιπτικών συμπτωμάτων αναγνωρίζονται και σε άλλους τύπους ψυχωτικών διαταραχών. Για την σαφή διάγνωση και κατηγοριοποίηση της κλινικής εικόνας που φέρει ένας ασθενής θα πρέπει πρώτα να πραγματοποιηθεί διαφορική διάγνωση από Διπολική Διαταραχή Τύπου I και II, Σχιζοφρένεια και Κυκλοθυμική Διαταραχή.

(<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447>)

3.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ DSM-IV

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV) που ανακοινώθηκε από το 1994, διαχωρίζει τις ψυχωτικές δυσλειτουργίες στις εξής κατηγορίες:

• **ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.** (Μοναδικό επεισόδιο ή Υποτροπιάζουσα).

• **ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.** (μελαγχολική διάθεση, για μεγάλο χρονικό διάστημα που ξεπερνά τα 2 χρόνια. Θα πρέπει να ισχύουν τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω συμπτώματα:

- § **Ανορεξία ή βουλιμική συμπεριφορά.**
- § **Διαταραγμένος ύπνος (αϋπνία ή υπνηλία).**
- § **Παθητικότητα – μειωμένη ενεργητικότητα- σωματική κόπωση.**
- § **Μειωμένη αυτοεκτίμηση.**
- § **Αδυναμία σκέψης και λήψης αποφάσεων.**

§ Αίσθημα απελπισίας, απαισιοδοξίας.

Û ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ (ΑΤΥΠΗ): οι δυσλειτουργίες απευθύνονται σε καταθλιπτικά σημεία, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής ή της Δυσθυμικής Διαταραχής: προεμνηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα βραχεία (από 2 ημέρες έως 2 εβδομάδες) καταθλιπτική συνδρομή, μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας, κ.ο.κ.

Û ΔΙΠΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

§ Διπολική Διαταραχή I (μοναδικό μανιακό επεισόδιο, τελευταίο επεισόδιο υπομανιακό, τελευταίο επεισόδιο μανιακό, τελευταίο επεισόδιο μικτό, τελευταίο επεισόδιο καταθλιπτικό, τελευταίο επεισόδιο απροσδιόριστο).

§ Διπολική Διαταραχή II (επαναλαμβανόμενα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια με Υπομανιακά Επεισόδια ενώ δεν υπήρξε ποτέ ένα μανιακό ή μικτό επεισόδιο).

Û ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ: δεν αντιστοιχεί στα κριτήρια για οποιαδήποτε ειδική Διπολική Διαταραχή.

Û ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ : Τουλάχιστον 2 χρόνια παρουσία πολλαπλών διαστημάτων με υπομανιακά συμπτώματα και πολλαπλών διαστημάτων με συμπτωματολογία κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Û ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΟΓΩ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Û ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

(<http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/e-dsm-iv.html>,
<https://medlook.net/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%BF%CE%B%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/670.html>,
<http://www.iatronet.gr/symptom-checker/katathlipsi.html>).

3.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, διαχωρίζεται σε δυο σκέλη. Το πρώτος μέρος περιλαμβάνει την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με την μορφή κατάθλιψης και την συμπτωματολογία που φέρει ο καταθλιπτικά διαταραγμένος οργανισμός, ενώ στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η ψυχολογική αναδιαμόρφωση της συμπεριφοράς και της συνολικής εικόνας του πάσχοντα μέσω της εφαρμογής της ψυχοθεραπείας. (Webb, 2010)

3.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα φάρμακα που χορηγούνται σε καταθλιπτική διαταραχή της διάθεσης καλούνται αντικαταθλιπτικά και λαμβάνονται πάντα με την ιατρική εντολή του ψυχιάτρου, αφού διαγνωστεί η κατάθλιψη και διαφοροποιηθεί από άλλες ψυχωτικές διαταραχές. Η κλινική εικόνα και η σοβαρότητα της νόσου αποτελούν κριτήριο επιλογής για τους παρακάτω τύπους αντικαταθλιπτικών: (Webb, 2010)

ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Αποτελούν την παλαιότερη σειρά αντικαταθλιπτικών, που επιλέγονται σήμερα κυρίως ως δεύτερη επιλογή της φαρμακευτικής αντιμετώπισης (αμιτρυπιλίνη, δοξεπίνη, τραζοδόνη κ.ά.). Το μεγάλο φάσμα παρενεργειών που εκδηλώνουν στον ασθενή περιορίζει την χρήση τους στην Ψυχιατρική Επιστήμη, παρόλη την σημαντική αποτελεσματικότητα τους. Η λήψη Χλωμιπραμίνης και Κλομιπραμίνης (Anafranil) είναι ιδιαίτερα κατασταλτική και ενδείκνυται πέραν της κατάθλιψης και σε άλλες ψυχωτικές διαταραχές όπως κρίσεις πανικού, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και σε φοβικές δυσλειτουργίες.

Σημαντική αναφορά κατά την αγωγή με τρικυκλικά αποτελεί η αρχή μειωμένης και σταδιακά αυξανόμενης δοσολογίας, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ. Σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης απαιτείται η επείγουσα χορήγηση του Anafranil είτε με ενδοφλέβια έγχυση (δοσολογία χορήγησης 20-50 mg σε 250-500 ml ισότονου διαλύματος δεξτρόζης ή γλωριούχου νατρίου εντός 120 sec/ ημερησίως), είτε με ενδομυϊκή χορήγηση (η δοσολογία ξεκινά με 25-50 mg/ημερησίως και αυξάνεται κατά 25 mg μέχρι να φτάσει τα 100-150 mg/ημερησίως).

Παρενέργειες τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών:

- Ø Καταστολή ή μειωμένη συγκέντρωση.
- Ø Καρδιακές διαταραχές (αρρυθμίες – υπόταση).
- Ø Επιληπτικές κρίσεις
- Ø Γενικευμένη ψυχική ανησυχία
- Ø Αυτοκτονικό ιδεασμό.
- Ø Σε αμιτρυπιλίνη παρουσιάζεται διεγερτική δράση (συνήθως λαμβάνεται βραδινές ώρες με τραζοδόνη, που λειτουργεί ως υπνωτικό).
- Ø Ξηρότητα στόματος, εφίδρωση, υπνηλία.
- Ø Μυδρίαση, τρόμος χεριών, δυσουρία.

- Ø Γαστρεντερικά ενοχλήματα (ναυτία, έμετοι).
- Ø Σεξουαλική δυσλειτουργία.
- Ø Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις παρουσιάζεται θρομβοπενία, δερματικά εξανθήματα, λευκοπενία, διαταραχές σακχάρου και σύνδρομο άκαιρης έκκρισης ADH. (Webb, 2010), (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html).

ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (SSRI)

Γνωρίζουμε ότι η σεροτονίνη αποτελεί ένα νευροδιαβιβαστή, στον ανθρώπινο εγκέφαλο που συμμετέχει στην εμφάνιση θετικών συναισθημάτων όπως η χαρά και η καλή διάθεση. Όταν οι τιμές της σεροτονίνης μειώνονται, επιδρούν στην ανάπτυξη μιας μελαγχολικής κατάστασης που εμπλέκεται με την διαταραχή της κατάθλιψης.

Οι δραστικές ουσίες που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης αυξάνουν τις τιμές της ελεύθερης σεροτονίνης, καταπολεμώντας έτσι την κλινική κατάθλιψη. Οι SSRI ενδείκνυνται κυρίως για μείζων κατάθλιψη, μονοπολική ή διπολική. Σπάνια επιλέγονται και για περιπτώσεις κρίσεις πανικού, αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή ακόμη και βουλιμία.

Σήμερα κυκλοφορούν ως SSRI η σιταλοπράμη, η εσκιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη, η φλουβοξαμίνη και η σερτραλίνη. Αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη κατηγορία αντικαταθλιπτικών δεν παρουσιάζει σημαντική τοξικότητα και μετά την εξάλειψη των συμπτωμάτων θα πρέπει να συνεχίζεται η χορήγηση τους για 4 με 6 μήνες επιπλέον για πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης.

Παρενέργειες των SSRI:

- Ø Γαστρεντερικές διαταραχές (διάρροια, έμετοι, ανορεξία, δυσπεψία).
- Ø Ξηροστομία.
- Ø Διέγερση Κ.Ν.Σ (νευρικότητα, κεφαλαλγία, εφίδρωση, τρόμος χεριών, δυσκινησία).
- Ø Σπάνια καταστολή Κ.Ν.Σ (υπνηλία, αδράνεια).
- Ø Σεξουαλική διαταραχή (ανικανότητα, μειωμένη libido, καθυστερημένη εκσπερμάτωση).
- Ø Ιδέες αυτοκτονίας (επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής).
- Ø Σπάνια παρατηρούνται αλλεργικές αντιδράσεις, δύσπνοια, κοιλιακή αιμορραγία και πυρετός. (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html)

ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ (SNRI)

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης αποτελούν κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία χορηγούνται ευρέως για την κλινική κατάθλιψη και τις διαταραχές άγχους, υπερδραστηριότητας και διάσπασης της προσοχής (ADHD). Η δράση τους βασίζεται στους δυο νευροδιαβιβαστές του ανθρώπινου εγκεφάλου, την σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την ρύθμιση της διάθεσης.

Η ενέργεια της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, είναι μια από τις σημαντικότερες διαδικασίες δράσης ενός αντικαταθλιπτικού για να επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην συμπτωματολογία. Αυτή είναι και η διαφορά με τα SSRI. Ωστόσο, επειδή είναι προϊόν νεότερης γενιάς δεν κυκλοφορούν πολλές δραστικές ουσίες στο εμπόριο και η επιλογή της χορήγησης τους είναι μειωμένη (Ven-fax, Deprevix, Efexor XR και

Venlafaxine ως παράγωγα της βενλαφαζίνης, Cymbalta, Xeristar και Duloxetine ως παράγωγα της ντουλοξετίνης).

Σημειώνεται, ότι καταθλιπτικοί ασθενείς, οι οποίοι πραγματοποιούν χρήση των ανασταλτικών παραγόντων και οξειδώσεων της μονοαμίνης (MAOIs), δεν επιτρέπεται να λαμβάνουν και SNRI καθώς κινδυνεύουν να εκδηλώσουν Σύνδρομο Σεροτονίνης (λόγω ραγδαία αύξησης των τιμών της σεροτονίνης στον οργανισμό).

Παρενέργειες των SNRI:

- Ø Γαστρεντερικά προβλήματα (ναυτία, ανορεξία, έμετοι).
- Ø Ξηροστομία.
- Ø Υπνηλία ή διαταραγμένο ύπνο.
- Ø Ίλιγγος.
- Ø Υπέρταση.
- Ø Σεξουαλικές δυσλειτουργίες (ανοργασμία, μειωμένη libido, πρόωρη εκσπερμάτωση, στυτική ανικανότητα). (http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html)

ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (NaSSA).

Η Μιρταζαπίνη (mirtazapine – Remeron η εμπορική του συσκευασία) αποτελεί τη μοναδική δραστική ουσία που κατατάσσεται σε αυτή την κατηγορία αντικαταθλιπτικών. Ενδείκνυται τόσο για την ήπιας μορφής κατάθλιψη όσο και για σοβαρότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Αν και η φαρμακευτική αυτή ουσία διαθέτει τετρακυκλική χημική σύνθεση, ωστόσο έχει επιλεγεί να αναφέρεται ως NaSSA.

Σήμερα, αποδεικνύεται ότι ο μηχανισμός δράσης της μιρταζαπίνης, είναι τριπλός. Σε πρώτο στάδιο ανταγωνίζεται τους A2 προσυναπτικούς αδρενεργικούς υποδοχείς ενώ στην συνέχεια εμφανίζει αποκλεισμό των μετασυναπτικών υποδοχέων σεροτονίνης 5-HT₂ και 5-HT₃. Τέλος, εμπλέκεται με τον ανταγωνισμό των H1 υποδοχέων της ισταμίνης.

Παρενέργειες των NaSSA:

- Ø Αύξηση του σωματικού βάρους.
- Ø Αύξηση των τιμών χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων.
- Ø Υπνηλία (εμφανίζεται από τις χαμηλές δοσολογίες).
- Ø Ξηροστομία.

(http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html)

3.6.2 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παράλληλα με τον χρόνο της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, ο ασθενής συμμετέχει και στην εφαρμογή της ψυχοθεραπείας διότι με το πέρασμα του χρόνου έχει αποδειχθεί ότι η αλληλεπίδραση αυτών των δυο μεθόδων στην ολική συμπεριφορά του πάσχοντα προσφέρει καλύτερη σε αποτελεσματικότητα και χρόνο αποκατάσταση και κυρίως ελαχιστοποιεί σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση υποτροπών. Η υποτροπή μιας ψυχωτικής διαταραχής, όπως και σε κάθε άλλη νόσο, αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό. (Παπαδάτου, 2012)

Διακρίνουμε διαφορετικά είδη ψυχοθεραπείας και ο ψυχίατρος – ψυχολόγος είναι αυτός που θα κρίνει με ποιο τύπο είναι αποτελεσματικότερο να έρθει σε επαφή ο καταθλιπτικός ασθενής. Στη συνέχεια καταγράφονται τα κριτήρια αξιολόγησης του πάσχοντα, σύμφωνα με τα οποία επιλέγεται και η αντίστοιχη μορφή ψυχοθεραπείας: (Παπαδάτου, 2012)

- ✓ Ψυχοσύνθεση ασθενούς.
- ✓ Πνευματική διαύγεια ασθενούς.
- ✓ Δυνατότητα ψυχοθεραπευτή στην εξάσκηση αποτελεσματικότητας της κάθε μορφής ψυχοθεραπείας.
- ✓ Συνολικές ανάγκες ασθενούς, όπως αυτές ανακαλύπτονται κατά την συνεργασία του με τον ψυχοθεραπευτή (σε ορισμένες περιπτώσεις κατά την διάρκεια της ψυχοθεραπείας μπορεί να μεταπηδήσει ο ψυχοθεραπευτής σε άλλη μορφή για την καλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας).
- ✓ Δυνατότητα οικονομικής ευελιξίας ασθενούς.
- ✓ Διαθεσιμότητα χρόνου. (<http://www.iatropedia.gr/ygeia/pos-therapevete-i-katathlipsi/31879/>)

Στην συνέχεια της ενότητας καταγράφονται οι σημαντικότερες μορφές Ψυχοθεραπείας, που εφαρμόζονται σήμερα στον χώρο της Ψυχιατρικής και έχουν τεράστια μακροπρόθεσμα οφέλη στον ασθενή:

Û ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΓΘ): μέσω αυτής της μεθόδου υποστηρίζεται ότι το σύνολο των αρνητικών συναισθημάτων που ορίζουν την καταθλιπτική διαταραχή και κλονίζουν τον ανθρώπινο οργανισμό αποτελούν απόρροια μιας ολικής αρνητικής σκέψης. Διακρίνεται διαταραγμένη συμπεριφορά και ερμηνεία γεγονότων και ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει αρνητισμό και αντιδραστικότητα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του με αποτέλεσμα αυτό μέσω των επαναλαμβανόμενων ενεργειών να γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι της συμπεριφοράς του. Η επικοινωνία και συνεργασία ασθενούς – ψυχοθεραπευτή στοχεύει στην διάκριση αρνητικών και θετικών σκέψεων και στην εγκαθίδρυση μιας πιο ρεαλιστικής εικόνας για τον τρόπο ζωής και εξέλιξης. Για να

επιτευχθεί όμως αυτό, ο ασθενής θα μάθει να εξασκείται στην αναγνώριση της σωστής από την εσφαλμένη σκέψη και στην παραγωγή θετικών συναισθημάτων απορρίπτοντας τον παλαιότερο μηχανισμό συμπεριφοράς και αντιληπτικότητας.

ü ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΔΨΘ): Η ΔΨΘ στοχεύει στην αλλαγή της διαπροσωπικής αντίληψης του καταθλιπτικού ασθενή. Η συνεδρία αρχίζει με μια κατανόηση της διαγνωστικής εκτίμησης, κατά την οποία ο ψυχοθεραπευτής στοχεύει στην αυξανόμενη συμμετοχή του πάσχοντα, λαμβάνοντας υπόψη ότι η κατάθλιψη δεν είναι κάτι παραπάνω από μια ιατρικά αντιληπτή διαταραχή της διάθεσης. Η οξεία πορεία της θεραπείας στηρίζεται σε ένα εφαρμοσμένο πρωτόκολλο, που για την αρχή της αποτελεσματικότητας του απαιτείται τουλάχιστον 12 με 16 εβδομάδες. Η επιτυχία αυτής της μεθόδου θα αναγνωριστεί όταν ο ασθενής θα καταφέρει να αναπτύσσει και να υλοποιήσει στόχους, αναφορικά με τους τέσσερις διαπροσωπικούς παράγοντες: την αδικαιολόγητη καταθλιπτική διάθεση, την υποτίμηση των ρόλων, την ανανέωση και υιοθέτηση νέων ρόλων και τέλος την αδράνεια του ασθενή προς τις κοινωνικές υποχρεώσεις.

ü ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΟΘ): κατά την συγκεκριμένη μέθοδο ψυχοθεραπείας, η συμμετοχή των οικογενειακών προσώπων στην αποκατάσταση του ασθενή διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο. Συμβαίνει κατά κύριο λόγο, σε περιπτώσεις κατάθλιψης όπου παρατηρείται σημαντική επίδραση συμπεριφοράς και επιρροής στο ψυχολογικό υπόβαθρο του πάσχοντα. Επομένως, στόχος της Ο.Θ. είναι η μεταβολή συνολικά των συμπεριφορών που περιτριγυρίζουν τον καταθλιπτικό ασθενή, την ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας καθώς και την επίλυση οικογενειακών

ψυχοκοινωνικών διαταραχών που παρεμποδίζουν το έργο της ψυχοσωματικής αποκατάστασης του πάσχοντα.

ü ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΣΘ): η θεραπευτική προσέγγιση της καταθλιπτικής διαταραχής που στηρίζεται στην εκμάθηση μιας νέας συμπεριφοράς είναι αποδοτική και προλαμβάνει το ενδεχόμενο μιας μελλοντικής υποτροπής. Η Σ.Θ. προσπαθεί μέσω της εκπαίδευσης να δημιουργήσει στον ασθενή μεγαλύτερη ικανότητα αυτοελέγχου και εκπλήρωσης των κοινωνικών του καθηκόντων (εργασία, κοινωνική επαφή, συμμετοχή στα δρώμενα). Το διάστημα που χρειάζεται για να ξεκινήσουν να αναγνωρίζονται τα επιθυμητά αποτελέσματα (ενεργητικότητα, αύξηση της δραστηριοποίησης και μείωση της παθητικότητας, επίλυση προβλημάτων με θετική σκέψη) δεν είναι μικρότερο των 8 εβδομάδων, ενώ μπορεί να ξεπεράσουν ακόμη και τις 16 εβδομάδες εφαρμογής της Σ.Θ.

ü ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΨΘ): η δράση της και η αποτελεσματικότητά της είναι ακόμη υπό αμφισβήτηση καθώς ο χρόνος που απαιτείται για να διεκπεραιωθεί αυτή η μέθοδος είναι πολύ μεγάλος (περισσότερο από 2 χρόνια) και τίθεται ερώτημα εάν αυτό το γεγονός μπορεί να αποτρέψει τον καταθλιπτικό ασθενή, σε οξεία μορφή κατάθλιψης, να μην προβεί σε κάποια αυτοκτονική ενέργεια. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της εγκυρότητας της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην επίλυση αντιθέσεων και συμπεριφορών, είναι σχεδόν αδύνατο να εκπονηθούν καθώς ο ίδιος ο ασθενής αδυνατεί και από οικονομική άποψη να εκπληρώσει τον απαιτούμενο χρόνο διεξαγωγής αυτής της μορφής Ψυχοθεραπείας. (Παπαδάτου, 2012), (<http://www.iatropedia.gr/ygeia/pos-therapevete-i-katathlipsi/31879/>)

Συμπληρωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις Κατάθλιψης:

- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT).
- Επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (RTMS).
- Κρύα Υδροθεραπεία.
- Χοροθεραπεία. <http://www.iatropedia.gr/ygeia/pos-therapevete-i-katathlipsi/31879/>.

3.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σήμερα, αποτελέσματα επιδημιολογικών διερευνήσεων αναγάγουν το μαστικό καρκίνο ως την συχνότερη σε εμφάνιση πάθηση των γυναικών, για αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Συγκεκριμένα, συγκαταλέγεται ως η δεύτερη αιτία θανάτου, υπό την μορφή κακοήθειας (καρκινικό νεόπλασμα), ενώ βρίσκεται στην πρώτη θέση για τον γυναικείο πληθυσμό ηλικιακού επιπέδου από 40 έως 49 ετών.

Στον Ελλαδικό χώρο, θεραπεύονται περίπου 4000 κρούσματα καρκίνου του μαστού ετησίως. Ειδικότερα τις τελευταίες 2 δεκαετίες φαίνεται ότι η εκδήλωση της νόσου αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό και προσεγγίζει υψηλότερα ποσοστά ιδίως για ασθενείς – γυναίκες, ηλικιακής ομάδας από 45 έως 55 ετών.

Μπορεί η νόσος του καρκίνου στον μαστό να πλήττει κατά κανόνα το γυναικείο φύλο αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν συγκαταλέγονται και οι άντρες εντός των ασθενειών αυτών. Μάλιστα η συχνότητα εμφάνισης πλησιάζει 1 με 2 άνδρες σε κάθε 200 γυναίκες με μαστικό καρκίνο, δηλ. 0.5-1%. Ωστόσο, παρατηρείται άγνοια του γεγονότος από τον ανδρικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να πραγματοποιείται καθυστερημένη διάγνωση του καρκίνου και αναποτελεσματική θεραπευτική αγωγή. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος της κακής πρόγνωσης που χαρακτηρίζει τον καρκίνο στον άνδρα. Επιπλέον, αρνητική παράμετρος αποτελεί και το μικρότερο μέγεθος ανδρικού μαστού,

συγκριτικά με τις γυναίκες, που του προκαλεί μεγαλύτερη διήθηση στο δέρμα και κατά επέκταση στον μυ (μείζων θωρακικός). Αποτέλεσμα αυτού είναι η ευκολότερη μετάσταση.

(<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/20033/karkinos-toy-mastoy-xeiryrgiki-antimetwpsisi-neoter-es-exelixeis.html>,
<https://www.medlook.net/%CE%95%CE%BD%CE%B4%CE%BF%CE%BA%CF%81%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/2986.html>).

Η καταθλιπτική διάθεση έχει την δυνατότητα να χειροτερεύει μια υπάρχουσα σωματική διαταραχή, εάν λάβουμε υπόψη μας ότι η ψυχή και το σώμα αλληλεπιδρούν το ένα στο άλλο. Ταυτόχρονα εμπλέκεται με την ανάπτυξη οργανικών παραμέτρων, που ευνοούν την δημιουργία μιας νέας σοβαρής νόσου.

Ως προς το θέμα του καρκίνου, η συμμετοχή της κατάθλιψης διαδραματίζει σημαντικό και αρνητικό ρόλο, στην έκβαση της σωματικής διαταραχής. Στατιστικές αναλύσεις παρουσιάζουν ότι αναλογικά στο γενικό πληθυσμό που νοσεί από καρκίνο του μαστού, ποσοστό μεγαλύτερο του 25% εκφράζει και κάποιας μορφής Κατάθλιψη, λαμβάνοντας υπόψη ότι άτομα του γενικού πληθυσμού που δεν νοσούν από καρκίνο έχουν μόνο 10% πιθανότητες να εκδηλώσουν καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η Κατάθλιψη και ο καρκίνος του μαστού έχουν μια «αλληλένδετη» σχέση. Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες για να έχουμε σαφή επιδημιολογικά αποτελέσματα και οι προσεγγίσεις των μεταξύ τους επιδράσεων είναι ακόμη σε ερευνητικό στάδιο. Εντούτοις, μελέτες από χώρες του εξωτερικού έχουν διερευνήσει καλύτερα το ζήτημα καρκινογένεσης και καταθλιπτικής διάθεσης και αναφέρουν:

- Ø Περιστατικά ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή που δεν έχουν ακολουθήσει θεραπευτική αντιμετώπιση και προϋπάρχει καρκίνος στον

οργανισμό τους, εμφανίζουν ελαχιστοποίηση σε μεγάλο βαθμό του προσδόκιμου επιβίωσης.

- Ø Ασθενείς που νοσούν από κακοήγη μαστικό καρκίνο και παρουσιάζουν διαταραχή (απομόνωση) στις διαπροσωπικές/κοινωνικές επαφές, εμφανίζουν τριπλάσιες πιθανότητες για κακή πρόγνωση, σε σχέση με τους καρκινοπαθείς που συμμετέχουν και δραστηριοποιούνται ενεργά στην κοινωνία.
- Ø Το ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού που ενώ νοσεί από μαστικό καρκίνο, εντούτοις ακολουθεί κάποια μορφή Ψυχοθεραπείας για υποστηρικτικό / θεραπευτικό σκοπό, αυξάνει την διάρκεια ζωής μέχρι και 18 μήνες περισσότερο, συγκριτικά με τις γυναίκες που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού και δεν δέχονται υποστήριξη από ειδικούς του κλάδου Ψυχιατρικής ιατρούς.
- Ø Τέλος, άτομα που εκδήλωσαν καρκίνο με την μορφή μελανώματος και συμμετείχαν σε ομαδικού τύπου Ψυχοθεραπείες, περιόρισαν ή θεράπευσαν κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο και παρουσίασαν τριπλάσιες πιθανότητες να αυξήσουν την διάρκεια ζωής τους από 5 έως 6 έτη.

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι αναγνωρίζεται από αποδεδειγμένες μελέτες, πως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών σε ασθενείς που την ίδια χρονική περίοδο νοσούν από καρκίνο του μαστού ελαχιστοποιεί το σωματικό άλγος, την εύκολη κόπωση και πολυάριθμα συμπτώματα που προέρχονται από τον καρκίνο ή έχουν ψυχοσωματική αντανάκλαση λόγω της εσωτερικής – ψυχικής πίεσης που αισθάνονται. Επιπλέον, αυξάνει το προσδόκιμο ζωής των καρκινοπαθών ή τους προμηνύει για καλύτερη πρόγνωση.

<https://www.medlook.net/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82->

[%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/index.php?option=com_flexicontent&view=item&id=2305\)](#)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ «ΥΠΟ ΤΗΝ ΣΚΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ»

4.1 ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΖΩΗ

Σε ένα ποσοστό ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού παρουσιάζεται μια συμπεριφορά απομάκρυνσης του ατόμου από τον ίδιο του τον εαυτό. Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει ολική μαστεκτομή λόγω κακοήθειας του καρκινώματος. Αυτά τα συναισθήματα εσωτερικής πίεσης και δυσφορίας, τα οποία εστιάζουν στο σώμα, είναι και τα αίτια της ανάγκης για διακοπή ή ελαχιστοποίηση των διαπροσωπικών σχέσεων. Επειδή ο μαστός για την συνολική εικόνα της γυναίκας ταυτίζεται με την θηλυκότητα και την μητρότητα, η απουσία αυτού του μέλους από το σώμα της πυροδοτεί αισθήματα χαμηλής αυτοπεποίθησης, ανασφάλειας και μη ελκυστικότητας από τον ερωτικό σύντροφο. Έτσι αυτή η αρνητική πεποίθηση εμποδίζει τις προσωπικές της επαφές και την καθιστά αποξενωμένη από τον οικογενειακό και κοινωνικό της περίγυρο.

Εάν δει την πάθηση του καρκίνου από μια θετική όψη θα μπορεί να αναγνωρίσει πως μια τέτοια διαταραχή την αναπλάθει σε πιο δυνατό και προσαρμοστικό χαρακτήρα. Η επικοινωνία αποτελεί ένα από τα καλύτερα θεραπευτικά μέσα για κάποιον που ήρθε αντιμέτωπος με τον καρκίνο και κατάφερε να τον κερδίσει. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει την ελευθερία για μια ανοιχτή συζήτηση με τα οικογενειακά μέλη, τους φίλους αλλά και τον ερωτικό σύντροφο. Με αυτόν τον τρόπο παρακινεί περισσότερα άτομα να προβούν στο μέλλον σε έναν προληπτικό έλεγχο και να έχουν απαντηθεί ορισμένα από τα δικά τους ερωτήματα εάν βρίσκονταν στην θέση του ασθενή. Μια σωματική ή ψυχική διαταραχή ενώνει τους ανθρώπινους δεσμούς και είναι λανθασμένη η

ενέργεια της απομάκρυνσης διότι μπορεί να φτιάξει την βάση για την εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αποτελέσματα μελετών αποδεικνύουν πως γυναίκες που πραγματοποίησαν επεμβατική αποκατάσταση του αφαιρεμένου μαστού, παρουσίασαν μεγάλη αλλαγή της ολικής συμπεριφοράς τους, δείχνοντας υψηλότερη αυτοπεποίθηση, λιγότερες αυτοκαταστροφικές πεποιθήσεις και μεγαλύτερη ανάγκη προσωπικής εξωστρέφειας, σε σχέση με τις γυναίκες που παρέμειναν αδρανείς στο πρόβλημα της μαστεκτομής. (Gilbert, 2009), (<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28475/synexizontas-ti-zwi-meta-ton-karkino-toy-mastoy.html>)

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού, όταν παρουσιάζεται με κακοήθη μορφή διασκορπίζει πολλές απρόσμενες για την γυναίκα ιδίως καταστάσεις. Παρατηρείται πολύ συχνά, ο γυναικείος κατά κανόνα πληθυσμός να αναβάλλει τα καθημερινά καθήκοντα προς την κοινωνία ή τον επαγγελματικό χώρο προσπαθώντας να απομακρυνθεί από το σύνολο για να διαφυλάξει από τα σχόλια την αλλαγή της εικόνας του. Η διακοπή της συναναστροφής αποτελεί μια μέθοδο αυτοπροστασίας της γυναίκας που δεν θέλει να εκθέσει τον εαυτό της στα μάτια της κοινωνίας.

Το πρόβλημα αυτής της συμπεριφοράς εστιάζει στο θέμα της ενδυμασίας της γυναίκας, η οποία θέλει να αποκρύψει τις επιπτώσεις από τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, η παρουσίαση του σώματος αποτελεί ένα υποκειμενικό στυλ το οποίο δημιουργείτε σύμφωνα με την γοητεία της κάθε γυναίκας. Μπορεί να υπάρχουν για τους περισσότερους συνανθρώπους μας, οι επιλογές που διασφαλίζει κατά καιρούς η μόδα αλλά αυτό δεν σημαίνει την απαγόρευση της προσαρμοστικής ενδυμασίας στα πραγματικά δεδομένα μιας χρονικής

περιόδου. Μπορεί η απώλεια ενός από τους δύο μαστούς να είναι υπαρκτή και αισθητικά προβλέψιμη ενώ η απώλεια των μαλλιών και η ξηρότητα της επιδερμίδας να μην αντικαθιστούν το πρόβλημα της ευπαρουσίας. Εντούτοις, η εκφραστικότητα του ατόμου μέσα από το σώμα του δεν του υποβιβάζει την απελευθέρωση θετικών μηνυμάτων. Ένας άνθρωπος που «διέσχισε» την ασθένεια του καρκίνου και κατάφερε να επιβιώσει με το κάθε προσωπικό ή μη τίμημα, έχει το δικαίωμα της συνέχισης της συμμετοχής του σε όλες τις κοινωνικές εκφάνσεις, όπως έτσι ακολουθούν και πολλές άλλες γυναίκες που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα.

Η εύρεση τέτοιων γυναικών από το άτομο που έχει πρόσφατη την εμπειρία της μαστεκτομής θα το βοηθήσει σημαντικά να ανταλλάξει τις ανησυχίες του με κατατοπιστικές απαντήσεις και θα νιώσει έντονα το αίσθημα της υποστήριξης από μέλη γυναικών που στο παρελθόν εξέφραζαν τα ίδια προβλήματα. Η παρέμβαση ενός ψυχολόγου θα αποτελέσει μια θετική παρότρυνση για την γρηγορότερη εξέλιξη αυτού του ατόμου, χωρίς να διακατέχετε από αισθήματα μοναξιάς και μη δραστηριοποίησης. (Gilbert, 2009), (<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28475/synexizontas-ti-zwi-meta-ton-karkino-toy-mastoy.html>)

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Η περίοδος από την διάγνωση του μαστικού καρκίνου μέχρι και την πλήρη αποκατάσταση του ασθενή αποτελεί ένα κομμάτι της ανθρώπινης ζωής που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ψυχικής και σωματικής αντοχής και μειωμένη έως απύουσα ενεργητικότητα ή δραστηριοποίηση. Ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν ανταποκρίνεται στις εργασιακές του ενασχολήσεις και αναστατώνεται τόσο οικονομικά όσο και ψυχοσωματικά. Η εργασία εξάλλου δεν αποτελεί μόνο κίνητρο οικονομικής επιβίωσης αλλά ασκεί μια δύναμη ψυχοθεραπείας / εργασιοθεραπείας στο καθένα μας.

Ο θεράπων ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για οποιασδήποτε φύσεως περιορισμούς του θέτει η μετέπειτα πορεία της ζωής του και να τον ενθαρρύνει να αρχίσει σταδιακά την προσαρμογή του στον εργασιακό του τομέα. Αυτή η παρότρυνση στοχεύει κυρίως στην ψυχολογική ενδυνάμωση του ασθενή και λιγότερο στην οικονομική του ευελιξία. Έτσι, αναπροσαρμόζεται στην καθημερινή του δημιουργικότητα και του ανοίγονται καινούργιες ευκαιρίες ενασχόλησης εάν το είδος της εργασίας που διέπραττε στο παρελθόν, χειρωνακτική/ορθοστασία/βάρη, δεν του επιτρέπουν την σημερινή συνέχιση της. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επαγγελματική συμμετοχή ενός ατόμου που βρισκόταν υπό τις διαταραχές της καρκινογένεσης αποτελεί πλέον στοιχείο δημιουργικής έκφρασης. (Gilbert, 2009), (<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28475/synexizontas-ti-zwi-meta-ton-karkino-toy-mastoy.html>)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Η εμφάνιση της σεξουαλικής διαταραχής σε ψυχικές και σωματικές παθήσεις αποτελεί ένα συχνό και υποτιμημένο πρόβλημα στην κοινωνία. Τόσο η συμπτωματολογία της νόσου όσο και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής μπορεί να διαδραματίσουν αρνητικό ρόλο στην σεξουαλική επιθυμία ή πράξη του οργανισμού που διαταράσσεται. Αυτές οι διαταραχές επιβαρύνουν περισσότερο την ψυχοσύνθεση του ατόμου καθώς η σεξουαλικότητα είναι ένα μέρος της ταυτότητας του ανθρώπου, η οποία όταν πλήττεται διασκορπίζει τις επιπτώσεις της και στο σώμα αλλά και στην ψυχή του ασθενή. Σήμερα διακρίνεται μια μυστικοπάθεια για θέματα που συσχετίζονται με το σεξουαλικό γίνεσθαι του ατόμου κι οφείλεται ως ένα βαθμό στην εγκατάσταση διάφορων ταμπού και προκαταλήψεων στην ιδεολογία του ασθενή. Αυτό το αναγνωρίζουμε σε μεγαλύτερο βαθμό στην ανδρική συμπεριφορά και λιγότερο

στις γυναίκες. Τα κοινωνικά στερεότυπα επιδρούν πιο βαριά στον ανδρικό πληθυσμό παρά στον γυναικείο.

Η σεξουαλική διαταραχή δέχεται ορισμένες διακυμάνσεις ανάλογα με τον τύπο της ασθένειας και τον βαθμό εμφάνισής της. Σε περιπτώσεις που ο οργανισμός έχει εκδηλώσει καρκίνο σε έναν μαστικό αδένα, η σεξουαλική επιθυμία διαταράσσεται ως προς την συνολική εικόνα που έχει ο μαστός στην φύση της γυναίκας και του άνδρα. Το στήθος ιδίως για την εικόνα της γυναίκας αποτελεί μέρος της θηλυκότητας και του αισθήματος της μητρότητας. Οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν ότι εάν προκύψει η ανάγκη μαστεκτομής είτε ολική είτε μερική, θα χάσουν όχι μόνο την σεξουαλική τους ταυτότητα αλλά και την έννοια της γυναικείας υπόστασης. Αντιθέτως οι άντρες επειδή διαθέτουν μικρότερα ποσοστά εμφάνισης μαστικού καρκίνου και η εικόνα του μαστού δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανδρική τους υπόσταση δεν παρουσιάζουν στον ίδιο βαθμό σεξουαλικές αρνητικές σκέψεις.

Μετά την διάγνωση του καρκίνου του μαστού, αποφαίνεται ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσχερέστερη σεξουαλική ανισορροπία. Μπορεί η ψυχική τους κατάσταση να τους επιτρέπει μια ομαλή σεξουαλική ζωή αλλά η σωματικής τους πορεία δεν επιτρέπει να επιτευχθεί αυτή η ανάγκη. Η αιτιολογία μπορεί να βασίζεται σε μια από τις παρακάτω διαπιστώσεις: (<http://www.iatropedia.gr/ygeia/epireazi-o-karkinos-tou-mastou-to-sex/26696/>)

§ Η φαρμακευτική αγωγή για την εξάλειψη του καρκινώματος διέπεται από συνεχόμενες παρενέργειες που επιδρούν στην σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας ή του άντρα.

§ Συνήθως ο μαστικός καρκίνος στις γυναίκες παρουσιάζεται συνδυαστικά με την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Τα συμπτώματα της διακοπής της εμμήνου ρύσης είναι σωματικά (νυχτερινές εφιδρώσεις, κεφαλαλγία, ατονία) αλλά και ψυχικά (κυκλοθυμίες,

θυμός, εξάψεις) και κλονίζουν την γυναίκα σε τέτοιο βαθμό που της δημιουργούν απροθυμία για ερωτική συνεύρεση.

- § Η θεραπευτική αποκατάσταση της γυναίκας με μαστεκτομή «αφήνει» ουλές ή σημεία εγκαύματος στο δέρμα λόγω των ακτινοβολιών και της δημιουργούν μια άσχημη εικόνα για τον σωματικό της καλλωπισμό που εμποδίζει την σεξουαλική της εικόνα.
- § Ορισμένες φορές από την μεριά του άντρα φαίνεται η εκούσια απομάκρυνση του, σεξουαλικώς, από την γυναίκα διότι πιστεύει ότι έχει καταπονηθεί τόσο σωματικά όσο και ψυχικά από την μαστεκτομή που δεν του επιτρέπει από θέμα αξιοπρέπειας να την προσεγγίσει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.
- § Ασθενείς με μαστικό καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ναυτία, έμετοι, έντονη κεφαλαλγία και απώλεια της όρεξης, συμπτώματα που αποτρέπουν την ανάπτυξη ενός συναισθηματικού ή ερωτικού αισθήματος.
- § Διακρίνεται μειωμένη αίσθηση της μαστικής περιοχής καθώς υπάρχει διακοπή των νευρικών και ιστικών δεσμών.
- § Τα αντικαρκινικά φάρμακα ενδέχεται να προκαλούν καταθλιπτική διάθεση στον ασθενή, ως παρενέργεια της δραστικής ουσίας, και να του αλλοιώνουν την σεξουαλική συμπεριφορά.
- § Η απώλεια μαλλιών και η ξηρότητα του δέρματος, ως ανεπιθύμητες αλλά μη αντιμετωπίσιμες ενέργειες από χημειοθεραπεία κατακερματίζουν την γυναικεία υπόσταση. (Παπαδάτου, 2012), (<http://www.iatropedia.gr/ygeia/epireazi-o-karkinos-tou-mastou-to-sex/26696/>)

Σεξουαλική διαταραχή όμως δεν αποτελεί μόνο το αποτέλεσμα μιας σωματικής ασθένειας αλλά ανευρίσκεται και ως απόρροια των ψυχιατρικών πασχόντων. Η καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται μια από τις συχνότερες αιτίες για σεξουαλική ανικανότητα ή απραγία. Η κλινική εικόνα της Κατάθλιψης παρεμποδίζει την ανάπτυξη ερωτικού αισθήματος καθώς ο οργανισμός που νοσεί ζητά περισσότερο την αδράνεια και την απομόνωση σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του. Σε αυτή την κατηγορία πλήττονται το ίδιο και τα δυο φύλα. Κύριο στοιχείο της μη σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι η ανικανότητα εκπλήρωσης της. Οι γυναίκες παρουσιάζουν δυσπαρεύνια (έντονο κολλικό πόνο κατά την επαφή) ενώ οι άντρες στυτική δυσλειτουργία.

Η σεξουαλική διαταραχή των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών επικεντρώνεται κυρίως στην απουσία της σεξουαλικής επιθυμίας, στην μειωμένη σεξουαλική διέγερση και στην αναποτελεσματικότητα της εκδήλωσης οργασμού. Διαπιστώνεται μάλιστα ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται περισσότερο με το φαινόμενο της στυτικής δυσλειτουργίας από ότι με οποιαδήποτε άλλη πάθηση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τόσο η ίδια η ασθένεια όσο και οι επιδράσεις των φαρμακευτικών ουσιών έχουν πολυάριθμες παρενέργειες στην σεξουαλική κατάσταση του ασθενή.

Το αρνητικό αντίκτυπο όμως επεκτείνεται και στα θέματα αποκατάστασης των σεξουαλικών διαταραχών που σε αυτό το σημείο η ανάγκη εσωστρέφειας και κοινωνικής απομόνωσης δεν επιτρέπει στα άτομα αυτά να αναφέρουν το πρόβλημα και να ζητήσουν ιατρική καθοδήγηση. Η ίδια η Κατάθλιψη ως ασθένεια τους στερεί το δικαίωμα συναναστροφής τους με άλλα άτομα και έτσι η διαταραχή συνεχίζει να παραμένει. Τα κυριότερα συμπτώματα που συνιστούν την σεξουαλική διαταραχή είναι: (http://psi-gr.tripod.com/depression_sex.html, <http://www.iatropedia.gr/ygeia/epireazi-o-karkinos-tou-mastou-to-sex/26696/>)

- Ø Σεξουαλική δυσαρέσκεια.
- Ø Αδυναμία διέγερσης.
- Ø Μειωμένη λίπανση γεννητικών οργάνων.
- Ø Διάχυτο άγχος.
- Ø Αίσθημα αναστολής.
- Ø Ανοργασμία.
- Ø Στυτική δυσλειτουργία ανδρός.
- Ø Δυσπαρέυνια γυναικός.

(http://psi-gr.tripod.com/depression_sex.html,

<http://www.iatropedia.gr/ygeia/epireazi-o-karkinos-tou-mastou-to-sex/26696/>)

4.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ.

Μια σύντομη ανασκόπηση από το παρελθόν παρουσιάζει το ιατρικό προσωπικό να αναγνωρίζει το ανδρικό και γυναικείο φύλο ως το ίδιο από την εστίαση της βιολογικής πλευράς, με την μοναδική διαφορά να απευθύνεται στις ιδιαιτερότητες του αναπαραγωγικού τους κύκλου. Σήμερα όμως, αυτή η ιδεολογία έπαψε να επικρατεί στην επιστημονική κοινότητα καθώς τεκμηριωμένα πλέον εντοπίζονται διαφορετικοί μηχανισμοί δράσης ως προς το γονιδιακό υλικό, το ορμονικό σύστημα και τον τρόπο ζωής ανάμεσα στα δυο φύλα. Η υγεία της γυναίκας και του άνδρα δέχονται μεταβολές που δεν ήταν μέχρι πρότιστα αποδεδειγμένες. (Ατκισον, 2015)

Η διαφοροποίηση των θεμάτων υγείας δεν έγκειται μόνο στη ψυχολογική διερεύνηση του άνδρα και της γυναίκας αλλά εμπεριέχει και διαφορετικές διακυμάνσεις από οργανικής όψεως. Πιστεύεται ότι δεν έχει αναγνωριστεί πλήρως το σύνολο των παθολογικών και νοσολογικών στοιχείων που διέπει τα δυο φύλα και αυτό στηρίζεται αφενός μεν στην πρωιμότητα της υπαρκτής

διαφοροποίησης αφετέρου δε στην μειωμένη ερευνητική προέκταση που δέχεται μέχρι στιγμής το θέμα. (Άτκισον, 2015)

Η συνεχόμενη αναζήτηση τέτοιων πληροφοριών θα συμβάλλει ουσιαστικότερα στην προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων, όπως ο καρκίνος, μια ασθένεια ραγδαίως εξαπλωμένη στον πληθυσμό, με διαφορετικές εκφράσεις στη γυναίκα και στον άνδρα. Η ανάπτυξη ενός καρκινώματος πυροδοτεί διαφορετικούς προβληματισμούς αναφορικά με τον τρόπο θεραπείας και τις αντίστοιχες επιπτώσεις της στον οργανισμό είτε από την ανδρική είτε από την γυναικεία προσέγγιση. (Άτκισον, 2015)

Η διαφορετική αντανάκλαση του καρκίνου, ανάμεσα στη γυναίκα και τον άνδρα, βασίζεται στις παρακάτω διαπιστώσεις:

- Διαφορετική η ιδέα του θανάτου στα δυο φύλα (ο άντρας εμπλέκει στη σκέψη του λιγότερο την αναποτελεσματική αντιμετώπιση της άλλοτε ανίατης ασθένειας συγκριτικά με την γυναίκα που την ταράζει ολοένα το ενδεχόμενο της αποτυχημένης προσέγγισης του καρκίνου).
- Τα κοινωνικά πρότυπα αναδεικνύουν διαφορετική την προσέγγιση της εξωτερικής εμφάνισης, μιας και οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με την παρουσίαση τους (απώλεια μαλλιών, μαστεκτομή, ουλές ή σημάδια λόγω της εφαρμογής εν μέρει βλαπτικών για την εμφάνιση της ασθενούς θεραπευτικών μέσων).
- Λόγω της μειωμένης συχνότητας εμφάνισης ανδρικού καρκίνου, διακρίνεται μεγαλύτερη αποσιώπηση της ασθένειας στους άνδρες.
- Ο ρόλος του άνδρα στο οικογενειακό υπόβαθρο, ή η απουσία του λόγω θανάτου, υποδηλώνει διαφορετική αντιμετώπιση του γεγονότος από τα υπόλοιπα μέλη, σε αντίθεση με την απουσία της γυναίκας – μητέρας, που δεν κατάφερε να «νικήσει» τον καρκίνο.

ü Διαπιστώνεται διαφορετική συναισθηματική έκφραση του καρκίνου από τα δυο φύλα.

ü Η γυναίκα διαθέτει την ικανότητα να επιλέξει εάν κρίνεται υγιές σύμφωνα με το επίπεδο υγείας της, την επεμβατική παρέμβαση στο σώμα της ώστε να αποκατασταθεί ένα μέρος των καρκινικών διαταραχών, ενώ οι άντρες αυτό- παρεμποδίζονται για τέτοιες ενέργειες.

https://www.medlook.net/%CE%86%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%B5%CF%82-%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/index.php?option=com_flexicontent&view=item&id=678

Διαφοροποιήσεις όμως υπάρχουν και ως προς τις ψυχωτικές διαταραχές, όπως είναι η Κατάθλιψη. Σήμερα αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχικές δυσλειτουργίες εάν λάβουμε υπόψη ότι το 10% του συνολικού πληθυσμού εκδηλώνει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την πορεία της ζωής του. Η καταθλιπτική διαταραχή επιδρά σε μεγάλο βαθμό στη φυσιολογική λειτουργικότητα του ανθρώπου με συνέπειες τόσο ψυχικές όσο και σωματικές. Έτσι, απομακρύνει τον ασθενή από τις κοινωνικές του επαφές μέσω των αρνητικών σκέψεων που βιώνει, προκαλώντας αγχώδης συμπεριφορά και διάχυτο πόνο.

Μια σύγκριση των δυο φύλων ως προς την ψυχωτική κατάθλιψη αποδεικνύει ότι ο γυναικείος πληθυσμός δέχεται διπλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου και ενώ η κλινική εικόνα αναμένεται να είναι η ίδια με αυτή των ανδρών ωστόσο υπάρχουν χαρακτηριστικά γνωρίσματα που την διαφοροποιούν. Το ορμονικό σύστημα και το ηλικιακό επίπεδο των γυναικών τις κάνουν να εκφράζουν την μελαγχολική διάθεση μέσω της βουλιμίας και της απότομης σωματικής αύξησης. Οι γυναίκες νιώθουν ευάλωτες και αδύναμες να αντισταθούν σε ανασταλτικούς παράγοντες. Η κυκλοθυμική και νευρωτική συμπεριφορά αιτιολογείται από την εμφάνιση της εμμηνόπαυσης ή την περίοδο

κύησης που διανύει η ασθενής, κατά τις οποίες καταστάσεις λόγω της ορμονικής διακύμανσης, η γυναίκα παρουσιάζει συνεχόμενα μικρής διάρκειας καταθλιπτικά επεισόδια. Επιπλέον, η είσοδος της γυναίκας ενεργά στην κοινωνία με την συμμετοχή της στην εργασία και την επαγγελματική καταξίωση της αποδίδουν περισσότερο στρες, το οποίο δίνει τα σημάδια του μέσω της ψυχοσωματικής εκδήλωσης.

Αντιθέτως, οι άντρες είναι λιγότερο εκτεθειμένοι σε καταθλιπτικά επεισόδια εάν όμως τα πυροδοτήσουν τα αναγάγουν σε εντονότερο σημασιολογικό επίπεδο και είναι ικανοί να τα υλοποιήσουν μέσω αυτοκτονικών ενεργειών. Η πράξη της αυτοκτονίας συναντάται περισσότερο στο ανδρικό φύλο παρά στο γυναικείο. Τέλος, παρατηρείται ότι η Κατάθλιψη στους άντρες αναγνωρίζεται μέσω των καταχρήσεων που πραγματοποιούν τόσο σε αλκοολούχα ποτά όσο και σε ναρκωτικές ουσίες ή σπανίως έχουν την ανάγκη της εργασιομανίας προκειμένου να τους αποσπάται η σκέψη από τα αρνητικά συναισθήματα.

(<http://www.boro.gr/3638/oi-diafores-stin-andriki-kai-gunaikeia-katathlipsi>)

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Με την έννοια της πρόληψης αναφερόμαστε στον προσδιορισμό μιας σωματικής ή ψυχικής πάθησης με την εφαρμογή της διαγνωστικής εκτίμησης, νωρίτερα όμως από την εμφάνιση της νόσου, δηλαδή πριν την εκδήλωση της κλινικής της εικόνας στον ανθρώπινο οργανισμό. Η προληπτική αρχή αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό χαρακτήρα της Δημόσιας Υγείας ιδίως για την σημερινή κοινωνία που η έξαρση των διαταραχών αποτελεί έναν εγκατεστημένο κίνδυνο. Η βασικότερη λειτουργία της πρόληψης είναι η εύρεση οποιασδήποτε δυσλειτουργίας στον άνθρωπο και ταυτόχρονα η έγκαιρη εξάλειψη της. (Gilbert, 2009)

Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ως προς τις καταθλιπτικές διαταραχές και συγκεκριμένα για την Μείζονος τύπου Κατάθλιψη ότι μέχρι το έτος 2020 θα αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης διαταραχή, η οποία θα είναι η αφετηρία για την πυροδότηση συμπτωμάτων που θα εγκαθιστούν στον ασθενή κάποιας μορφής αναπηρία.

Από την παραπάνω ανακοίνωση αποφαίνεται η ραγδαία εξάπλωση της καταθλιπτικής διαταραχής και μάλιστα στην πιο έντονη μορφή της σε παγκόσμιο επίπεδο. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η εφαρμογή της πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης αποτελεί την ουσιαστικότερη ενέργεια για την διατήρηση της ψυχικής και κατά επέκταση σωματικής υγείας του ανθρώπου. (Gilbert, 2009)

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι η ελαχιστοποίηση της εμφάνισης νέων κρουσμάτων μέσω της λήψης και αποφυγής των προδιαθεσικών παραμέτρων, που εμπλέκονται στην πυροδότηση της ψυχικής δυσλειτουργίας. Επικεντρώνονται σε όλες τις φάσεις αναπτυξιακής εξέλιξης του ανθρώπινου οργανισμού και συμπεριλαμβάνει κάθε μέτρο που παρεμποδίζει την εξάπλωση της νόσου.

Σήμερα διακρίνεται να έχουν ομαλοποιηθεί και αυξηθεί προς το δημόσιο κοινό όλες αυτές οι πληροφορίες που διέπουν την εκδήλωση και κλινική συμπτωματολογία της καταθλιπτικής διάθεσης. Οι περισσότεροι πολίτες μπορούν να αναγνωρίσουν την έναρξη μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς ή να εντοπίσουν τα συμπτώματα της στον συνάνθρωπο. Σε αυτό το γεγονός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η συμμετοχή των ΜΜΕ που παρουσιάζει και ανακοινώνει με απλότητα και σαφήνεια τον όρο της Κατάθλιψης σε όλες τις πτυχές της. Σε αντίθεση με το παρελθόν, που παρατηρούσε κανείς της απουσία

ή την αμέλεια των δημόσιων και κρατικών φορέων στην λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Πρόληψης.

Ωστόσο, η πίεση της καθημερινότητας και ο «ανθυγιεινός» τρόπος διαβίωσης των ανθρώπων εμπλέκονται σε μεγάλο ποσοστό στην ανάπτυξη μιας καταθλιπτικής διαταραχής διότι πλήττεται η ψυχική ισορροπία όσο ποτέ άλλοτε. Οι υπερβολικές υποχρεώσεις, η εγκατάσταση μιας αγχώδους συμπεριφοράς στην εργασία ή η ανεργία, η διάσπαση των κοινωνικών θεσμών και η αλλοίωση των ηθικών δεσμών οδηγούν τον άνθρωπο σε μια πιο ευαίσθητη ψυχικά συμπεριφορά και τον κάνουν περισσότερο αδύναμο ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται τις παροδικές ψυχικές του διακυμάνσεις. Επομένως, η Πρωτοβάθμια Πρόληψη θα πρέπει να εδραιωθεί πιο δυνατά στην καθημερινότητα του πολίτη καθώς έρχεται αντιμέτωπη με ποικίλους αρνητικούς – προδιαθεσικούς παράγοντες της Κατάθλιψης.



(<https://www.healthvoucher.gr/ShowPage.aspx?id=20&cat=3>)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σε αυτό το στάδιο περιλαμβάνονται τα μέτρα βελτίωσης της νόσου από την στιγμή που έχουν παρουσιαστεί τα συμπτώματα στον ανθρώπινο οργανισμό. Η Δευτεροβάθμια Πρόληψη προσπαθεί να αναγνωρίσει έγκαιρα την κλινική εκδήλωση της διαταραχής ώστε να σπεύσει την θεραπευτική αποκατάσταση

του ασθενή. Με λίγα λόγια, η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί την βασικότερη λειτουργία της.

Ως προς τις καταθλιπτικές διαταραχές σε αυτή τη φάση περιλαμβάνονται οι κατεξοχήν θεραπευτικές τεχνικές της ίδιας της κατάθλιψης, οι οποίες αναφέρονται στην συνέχεια:

- ✓ Βιολογικές (Φαρμακευτική αγωγή που επικεντρώνεται στην χορήγηση αντικαταθλιπτικών, Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - ECT, Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός - TMS, Ερεθισμός πνευμονογαστρικού, Υπνοθεραπεία και Φωτοθεραπεία).
- ✓ Ψυχοθεραπεία (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία –CBT, Συστημική Ψυχοθεραπεία, Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία, Ψυχανάλυση).

Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην Δευτεροβάθμια Πρόληψη των καταθλιπτικών διαταραχών, σήμερα παρουσιάζεται μια αξιόλογη επιστημονική πρόοδος, τα τελευταία 20 χρόνια με την εξέλιξη των βιολογικών αγωγών. Διατίθεται στους ασθενείς μια καινούρια σειρά αντικαταθλιπτικών, με λιγότερες παρενέργειες στον ασθενή και η δυνατότητα συνδυασμού της με κάποια μορφή Ψυχοθεραπείας αυξάνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στον πάσχοντα οργανισμό.

Από τις ψυχοθεραπευτικές αντιμετώπισεις φαίνεται ότι η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία αποτελεί την μέθοδο εκλογής του θεράπων ιατρού διότι παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας, με βραχεία διάρκεια συνεδριών.

<https://www.healthvoucher.gr/ShowPage.aspx?id=20&cat=3>

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η κύρια λειτουργία της Τριτοβάθμιας Πρόληψης είναι η αποτροπή ή η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών που διέπουν την νόσο. Ως προς τις καταθλιπτικές διαταραχές ενώ στην Δευτεροβάθμια Πρόληψη έχει παρουσιαστεί η συμπτωματολογία της καταθλιπτικής διάθεσης και ο ασθενής βρίσκεται στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, στην Τριτοβάθμια φάση επιδιώκεται η πρόληψη υποτροπής της διαταραχής. Η επανεμφάνιση της κατάθλιψης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα θεραπείας του ασθενή καθώς η συμπεριφοριστική λειτουργικότητα του θεραπευμένου επηρεάζεται αρνητικά με την δυσλειτουργική κοινωνική επανένταξη του. Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο του ασθενή που ενώ ακολούθησε πιστά τις κατευθυντήριες θεραπευτικές του οδηγίες, όταν ήρθε αντιμέτωπος με ένα πρόβλημα οποιασδήποτε φύσεως, εξέφρασε σε οξεία μορφή εκ νέου την καταθλιπτική διαταραχή.

Για την πρόληψη λοιπόν των επιπλοκών και του ενδεχομένου υποτροπής της Κατάθλιψης απαιτείται αφενός η συνέχιση των θεραπευτικών προσεγγίσεων για ένα ικανοποιητικό ακόμη χρονικό διάστημα (ιδίως η Ψυχοθεραπεία), το λεγόμενο στάδιο συντήρησης, αφετέρου όμως θα πρέπει ο ασθενής που στην πορεία αποκαθιστά την ψυχική – σωματική του υγεία να λαμβάνει μέρος σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής / επαγγελματικής αποκατάστασης. Αυτά τα προγράμματα συμπεριλαμβάνονται σε μια μορφή Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, κατά τα οποία επιδιώκεται η ομαλότερη επανένταξη του πρώην καταθλιπτικού ασθενή τόσο στα κοινωνικά δρώμενα όσο και στον εργασιακό χώρο. Έτσι, μειώνεται το ενδεχόμενο να υποτροπιάσει ο οργανισμός σε μια δυσχερή συνθήκη της μετέπειτα ζωής του και να επανεμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο.

(<https://www.healthvoucher.gr/ShowPage.aspx?id=20&cat=3>)

4.3.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται πολλές φορές μπροστά στην ανακοίνωση της διάγνωσης αλλά διαδραματίζει και ενεργό ρόλο καθώς είναι τα μόνα πρόσωπα που έχουν χρονικά την μεγαλύτερη επαφή με τους καρκινοπαθείς ή τους καταθλιπτικούς από την εισαγωγή τους και παραμονή τους σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει πιο από τα ψυχικά ή σωματικά συμπτώματα είναι μέρος της καρκινογένεσης και πια κλινική ένδειξη προδιαθέτει καταθλιπτική διάθεση. (Dewit, 2009)

Είναι γνωστό, ότι το πρώτο διάστημα ο ασθενής που εμφάνισε καρκίνο του μαστού περνάει ένα σύντομο στρες, προερχόμενο από το σοκ της διάγνωσης. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι μέσω κυρίως της ακρόασης να του παρέχει ψυχολογική ενθάρρυνση, σκοπεύοντας στην σταδιακή προσαρμογή του σε νέα δεδομένα που απορρέουν από τον καρκίνο. Οφείλει να γνωρίζει ότι η οποιαδήποτε μορφή καρκινοπάθειας σε έναν αδύναμο συναισθηματικά και διαταραγμένο κοινωνικά οργανισμό ενδέχεται να αιτιολογεί και την μετέπειτα εκδήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων. Τονίζεται, ότι η Κατάθλιψη δεν είναι μέρος της καρκινογένεσης αλλά η ψυχική μη προετοιμασία του ασθενή έναντι στον καρκίνο μπορεί να προμηνύει ψυχωτικές διακυμάνσεις. (Dewit, 2009)

Ο ασθενής χρειάζεται ήρεμο περιβάλλον και υποστηρικτική συμπεριφορά από τα οικογενειακά και φιλικά μέλη. Ενδυναμωτική ενέργεια αποτελεί η επαναλαμβανόμενη επίκληση στην θετική όψη των πραγμάτων και παρότρυνση για μια ομαλή συνεργασία με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Ωστόσο, εάν τα συμπτώματα λύπης και απαισιοδοξίας επιδεινώνονται και αυξάνονται τότε ο νοσηλευτής σε επικοινωνία με το θεράπων ιατρό θα πρέπει να προβεί στην αναζήτηση ψυχολογικής ή ψυχιατρικής παρέμβασης.

Η διαφοροποίηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από την κλινική εικόνα που επιφέρει ο καρκίνος ή οι θεραπευτικές του μέθοδοι χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Επιπλέον απαιτείται πριν από την ανακοίνωση μιας

καταθλιπτικής μορφής να έχει προηγηθεί διαφορική διάγνωση από άλλες ψυχωτικές δυσλειτουργίες που εμπλέκονται με καταθλιπτική διάθεση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενεργεί ουσιαστικά στο ψυχολογικό προφίλ του καρκινοπαθή και να μην αναγνωρίσει ως φυσιολογική την αντίδραση του ασθενή σε αυτοκτονικές ιδέες ή ενοχικά αισθήματα. Ακόμα και σε βαριά κρούσματα κακοηθών καρκινωμάτων που το προσδόκιμο ζωής είναι ελάχιστο ο ασθενής οφείλει να ζει με αξιοπρέπεια και αίσθημα σεβασμού. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και η ψυχολογική υποστήριξη αποτελούν αδιάσπαστα στοιχεία της νοσηλευτικής παρέμβασης, μέχρι να επέλθει η φυσική κατάληξη του καρκινοπαθή. (Dewit, 2009)

4.3.2 Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μετά την προσέλευση της θεραπευτικής αποκατάστασης απαιτείται η επαναλαμβανόμενη παρακολούθηση όσο γυναικών υπέστησαν μαστικό καρκίνο, ιδίως υπό την μορφή της κακοήθειας. Απώτερος σκοπός των συνεχιζόμενων εξετάσεων είναι:

- Ø Η πρόληψη εκδήλωσης τοπικής υποτροπής.
- Ø Η παρακολούθηση των μαστών για ανάπτυξη νέου καρκινώματος (οι γυναίκες που εμφάνισαν μαστικό καρκίνο παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νέας νεοπλασίας είτε στο μαστό είτε στις ωοθήκες).
- Ø Η αποτροπή μεταστατικής καρκινογένεσης.

Η αντιμετώπιση ενός καρκινώματος, ανεξαρτήτως σημείου εστίασης, δεν σημαίνει και την πλήρη ίαση του οργανισμού που νόσησε. Η μετάσταση και ο κίνδυνος υποτροπής αποτελούν τις επικινδυνότερες καταστάσεις που πρέπει να

διατηρούν σε εγρήγορση το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Οι οδηγίες παρακολούθησης των γυναικών που προσεβλήθησαν από καρκίνο του μαστού ή παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου περιλαμβάνουν ένα γενικό πλαίσιο διάγνωσης και πρόληψης.

Ωστόσο η παρακολούθηση του κάθε περιστατικού θα πρέπει να είναι ειδικά προσαρμοσμένη στον ασθενή διότι κάθε κρούσμα καρκίνου αποτελεί ένα ατομικό περιστατικό με διαφορετικές ιδιαιτερότητες. (http://www.almazois.gr/gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=146&Itemid=59)

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν οριστεί από την Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ASCO) του 1998 και οι πιο πρόσφατες του 2006 συνιστούν μετά από ογκοπλαστική επέμβαση μαστού ή ογκεκτομή να διενεργείται:

- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ (να πραγματοποιείται από το ίδιο το άτομο κάθε μήνα).
- ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ (μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας για 2 συνεχόμενα εξάμηνα και ύστερα ετησίως).
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (τα πρώτα 3 χρόνια απαιτείται κάθε 3 με 6 μήνες ενώ τα επόμενα 2 χρόνια ακολουθεί κάθε 6 με 12 μήνες, μετά το πέρας των 5 χρόνων πρέπει να πραγματοποιείται ετησίως).
- ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ (απαιτείται κάθε χρόνο ιδίως για τις γυναίκες που λάμβαναν ταμοξιφένη. Σε περίπτωση αιμορραγικής διάθεσης ενημερώνονται έγκαιρα ο θεράπων ιατρός).
- ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ/ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΗΠΑΤΟΣ/ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΡΑΦΙΑ

(διενεργούνται σύμφωνα με την κλινική εικόνα και τους προδιαθεσικούς παράγοντες του ασθενούς).

Û ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ (θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από ασθενείς που λάμβαναν κατά τη φαρμακευτική αγωγή αναστολέα του ενζύμου αρωματάση. Απαιτείται κάθε 1 με 2 χρόνια, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράπων ιατρού).
(http://www.almazois.gr/gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=146&Itemid=59)

Οι Κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες στηρίζονται στις Ευρωπαϊκές Οδηγίες, όπως αυτές ανακοινώθηκαν το 2006, συνιστούν την ετήσια παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας ατόμων που έπασχαν από μαστικό καρκίνο με μαστογραφία και στη συνέχεια να ακολουθούν οι περαιτέρω μέθοδοι διάγνωσης σύμφωνα με την κλινική συμπτωματολογία. Ωστόσο, οι διαπιστώσεις άλλων ιατρικών φορέων όπως το ISBUS και η DE/Ö/S-GUM, υποστηρίζουν τον συνδυασμό των μεθόδων ψηλάφησης - μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος μαστών:

- ✓ Μέχρι 24 μήνες ύστερα από συντηρητική επέμβαση μαστού (κάθε 6 μήνες συστοίχως και κάθε 12 μήνες αμφοτερόπλευρα).
- ✓ Μετά 24 μήνες (ετησίως αμφοτερόπλευρα).

Η Ιατρική στον Ελλαδικό χώρο συνιστά την διενέργεια της ψηλάφησης, της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος να πραγματοποιούνται συνδυαστικά:

- ✓ Τα 2 πρώτα έτη μετά από μαστεκτομή.
- ✓ Κάθε εξάμηνο συστοίχως.
- ✓ Ετησίως αμφοτερόπλευρα.

- ✓ Ενώ μετά από 2 χρόνια: μαστογραφία κάθε 12 μήνες αμφοτερόπλευρα και μαγνητική μαστογραφία σε περιστατικά ασθενών με ύποπτα κλινικά ευρήματα.

Συμπληρωματικές εξετάσεις χρειάζονται οι ασθενείς που έχουν προβεί σε συντηρητική χειρουργική επέμβαση μαστού ή ογκοπλαστική και θεωρούνται άτομα υψηλού κινδύνου ή με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό. Το προτεινόμενο πρωτόκολλο παρακολούθησης στις περιπτώσεις αυτές είναι:

- ✓ Η ψηλάφηση και το υπερηχογράφημα να πραγματοποιείται μέχρι και 2 χρόνια από τη συντηρητική επέμβαση μαστού και ειδικότερα...
- ✓ Ανά τρίμηνο στο χειρουργημένο μαστό.
- ✓ Και κάθε 18 μήνες διενέργεια μαγνητικής μαστογραφίας.

Σύμφωνα με το Πρωτόκολλο, μετά την διεκπεραίωση της διαγνωστικής εκτίμησης, θα πρέπει να ακολουθεί η τεχνική της μαστογραφίας, με τις παρακάτω οδηγίες:

- ✓ Σε περιπτώσεις μαστεκτομής: αντενδείκνυνται οποιαδήποτε απεικονιστική μέθοδος πέραν της πλαγιοπλάγιας απεικόνισης του υπολειπόμενου μαστικού ιστού.
- ✓ Σε περιστατικά με ογκεκτομή: πραγματοποιείται μαστογραφία σε πλαγιοπλάγιο και κεφαλοουραίο επίπεδο. Λαμβάνονται μεγεθυντικές ή πλάγιες εικόνες εάν είναι σκόπιμο από τον θεράπων ιατρό.
- ✓ Εάν αναπτύσσεται τοπική υποτροπή ενώ η θεραπευτική προσέγγιση περιλάμβανε την μαστεκτομή, ή ιδιαίτερα σε αποκατάσταση μαστού με ενθέματα σιλικόνης: πραγματοποιείται υπερηχογράφημα και μαγνητική μαστογραφία.

http://www.almazois.gr/gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=146&Itemid=59)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η εγκατάσταση μιας κακοήθους μορφής καρκινώματος στον άνθρωπο του προκαλεί έκρηξη αρνητικών σκέψεων και τον καθιστά ως ένα σημείο ανήμπορο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες που του επιβάλλει η ζωή. Η ανθρώπινη φύση δέχεται επιθετικές καταστάσεις τόσο στο σώμα όσο και στη ψυχή. (Lambley, 2005)

Η συμπτωματολογία που συνοδεύει οποιαδήποτε μορφή κακοήθειας είναι εξαιρετικά επώδυνη και αλλοιώνει ως ένα μέρος την ψυχοσύνθεση του ασθενή ακόμα και αν έχει επέλθει πλήρη ίαση. Υπάρχουν ασθενείς που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση για επίλυση των σημείων της νόσου και θεραπεύονται σχετικά άμεσα αλλά υπάρχουν και ασθενείς που δέχονται πιο ακραίες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως θεωρείται η ολική μαστεκτομή. Οι επιρροές του θεραπευτικού πλάνου στον ασθενή δεν είναι ίδια και στις δυο περιπτώσεις.

Ο ρόλος του νοσηλευτή θεωρείται ζωτικής σημασίας λαμβάνοντας υπόψη όλα τα στάδια διενέργειας του (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, ποιοτική φροντίδα). Σημαντική παράμετρος για την επιτυχή παρέμβαση του νοσηλευτή είναι να κατανοήσει ότι αποτελεί την γέφυρα μεταξύ ιατρού και ασθενή καθώς και ότι η ποιοτικότερη και αποτελεσματικότερη συνεργασία οφείλει να χαρακτηρίζεται από ενημέρωση, παρατηρητικότητα και συνέπεια. Ο νοσηλευτικός ρόλος αποτελεί μια πολύπλευρη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή διότι θα πρέπει να δίνει το παρόν σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα που διέπουν την κακοήθη εμφάνιση καρκινώματος. (Ραγιά, 2009)

Από την στιγμή που έχει ανιχνευθεί μια κακοήθης ανάπτυξη καρκινώματος ο ρόλος του νοσηλευτή οφείλει να διαθέτει:

- Γνώση του θεραπευτικού πλάνου (χημειοθεραπεία- ακτινοθεραπεία- ορμονοθεραπεία κ.ά.)
- Διατήρηση σωστής δοσολογίας φαρμάκων
- Ενημέρωση για τις παρενέργειες που συνοδεύουν την λήψη δραστικών ουσιών
- Τακτική παρακολούθηση και υψηλή παρατηρητικότητα ιδίως του μαστού για εντοπισμό τυχόν μεταβολών
- Προώθηση της συνεργασίας σε περιπτώσεις αρνητικής στάσης του ασθενή να ακολουθήσει το πλάνο θεραπείας.
- Ενημέρωση της οικογένειας και καθοδήγηση για τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον πάσχοντα.
- Παροχή πληροφοριών για την προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.
- Προσοχή για εκδήλωση επιπλοκών ή υποτροπής.
- Εκπαίδευση του πάσχοντα να μπορεί να αναγνωρίζει αλλαγές στην ήδη υπάρχουσα κλινική εικόνα (Lambley, 2005)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποδοχή και κατανόηση του καρκινικού πόνου οφείλει να περιλαμβάνει τις παρακάτω αρχές:

- § Να μπορεί να αναγνωρίζει και να αξιολογεί τον πόνο ως προς την ένταση, το είδος και την εξάπλωση στον μαστό.
- § Να έχει πλήρη εικόνα της δραστηριότητας των φαρμάκων που χορηγούνται στο άτομο που νοσεί από κακοήθεια γνωρίζοντας σαφώς τις παρενέργειες και τα φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση του πόνου (ιδίως της μαστοδυνίας).
- § Να προσφέρει συνεχή γνώση και ενημέρωση στον ασθενή για την αναγκαιότητα της προσωπικής προσπάθειας του.

§ Να προλαμβάνει περιπτώσεις εξάρτησης και εθισμού από την χορήγηση των φαρμάκων

§ Η συνολική του δραστηριοποίηση να χαρακτηρίζεται από ποιοτική φροντίδα και σεβασμό απέναντι στον ασθενή. (Ραγιά, 2009)

5.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η διδασκαλία του ασθενή κατά την διάρκεια νοσηλείας του στον χώρο της νοσοκομειακής μονάδας αποτελεί σημαντική παράμετρο του νοσηλευτή καθώς βελτιώνει την ψυχική ισορροπία του πάσχοντα που μαστίζεται από την νόσο του καρκίνου και προλαμβάνει επιπλοκές τόσο ψυχικές όσο και σωματικές που φέρει η θεραπευτική αγωγή. Έτσι επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και ενισχύεται η συνεργασία του ασθενούς με το υπόλοιπο προσωπικό. (Κατσώχης, 2000)

Η διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενή περιλαμβάνει :

- Ø Διδασκαλία ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο
- Ø Ενημέρωση για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- Ø Γνώση των σωματικών μεταβολών και της αλλαγής του γυναικείου ειδώλου
- Ø Σύσταση για σωστή διατροφή με ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο.
- Ø Ενθάρρυνση για διάλογο σε κάθε ερώτημα που τον απασχολεί.
- Ø Ενίσχυση του ασθενούς ότι οι παρενέργειες των φαρμάκων ή η μη αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν συνεπάγεται ολική αποτυχία της προσπάθειας.
- Ø Εκμάθηση τρόπων καταπολέμησης ή ανακούφισης από τον έντονο πόνο

- Ø Ενθάρρυνση πως το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είναι σε θέση να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενή.
- Ø Πληροφόρηση ασθενούς για καταστάσεις ψυχικής πίεσης και αντιμετώπισης (προσωρινό γεγονός, μέθοδοι αποφυγής ψυχολογικής κατάπτωσης) (Σαχίνη, 2000)

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κύριο μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η διαφύλαξη της ψυχικής υγείας και η διατήρηση της ασφάλειας του ασθενή με τη νοσηλεία του καρκινοπαθή σε ειδικό θάλαμο, ώστε να είναι προετοιμασμένος τόσο ο ίδιος όσο και το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε ανεπιθύμητη επιπλοκή. Επιπλέον, προστατεύεται η εικόνα του ασθενή από τα περιβάλλοντα πρόσωπα και το επισκεπτήριο.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο με πολυάριθμες 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 του. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.
- ✓ Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί τον ασθενή στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- ✓ Γίνεται γενική αξιολόγηση του καρκινοπαθή, 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.

- ✓ Τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Σε απότομη πτώση αυτών, διακόπτεται η χημειοθεραπεία.
- ✓ Ενημέρωση του πάσχοντα για τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης, όπως η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ο βήχας, ρίγη, οίδημα η ερυθρότητα και αύξηση της συχνότητας της ούρησης και για το συχνό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων ώστε να προληφθούν σηψαιμικές εκδηλώσεις.
- ✓ Νοσηλεία του καρκινοπαθή σε μονόκλινο δωμάτιο με περιορισμό των επισκεπτών, οι οποίοι πρέπει να φορούν ειδική μάσκα, γάντια και ποδιά, και καθοδήγηση του ασθενή να αποφεύγει κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους η να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις.
- ✓ Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας στην καρκινοπαθή, με καθημερινό λουτρό και πλύσιμο των χεριών με αντισηπτικά υγρά.
- ✓ Τήρηση δίαιτας με περιορισμό λήψης ωμών φρούτων και λαχανικών, που δεν απολυμαίνονται χωρίς τον βρασμό.
- ✓ Σε περίπτωση ενδοφλέβιας έγχυσης, αλλαγή της συσκευής κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες. Κατόπιν ιατρικής εντολής, ενίσχυση του ασθενή με αντιβιοτικά.
- ✓ Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων
- ✓ Μείωση όσο το δυνατόν περισσότερο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, που πιθανόν να προκαλέσουν μικροτραυματισμό, όπως οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, η εφαρμογή υποκλυσμού, η χορήγηση υπόθετων και η θερμομέτρηση από το ορθό.
- ✓ Εξήγηση του ασθενή για τα ενδεικτικά σημεία αιμορραγίας, που περιλαμβάνουν ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, μέλαινες κενώσεις και αιμόπτυση.

- ✓ Ενημέρωση ότι η λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως τα σαλικυλικά (Aspirin, Epiral) αυξάνει την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού.
- ✓ Παρακολούθηση της τιμής της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη (Τ. 14-18g/ml αίματος και 37-47% στις γυναίκες αντίστοιχα) και παρουσίας συμπτωμάτων, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ωχρότητα και ζάλη.
- ✓ Χορήγηση τροφών πλουσίων σε λευκώματα και σίδηρο η φαρμακευτική υποστήριξη του οργανισμού. Προτροπή για επαρκή ανάπαυση και μείωση των δραστηριοτήτων.
- ✓ Παρακολούθηση της συχνότητας, του χαρακτήρα και της ποσότητας των εμετών, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών της άρρωστης.
- ✓ Λήψη προληπτικών μέτρων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την έναρξη της θεραπείας και κατά τη διάρκεια αυτής μετά από εντολή γιατρού.
- ✓ Συχνή αξιολόγηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων και έλεγχος του καρκινοπαθή για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- ✓ Συχνή εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- ✓ Εξασφάλιση ενυδάτωσης και καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα του καρκινοπαθή.
- ✓ Χρήση διαλυμάτων, που θα συστήσει ο γιατρός, για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος.
- ✓ Ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αλωπεκία και για τη φυσιολογική επαναφορά του τριχωτού της κεφαλής μετά τη διακοπή της χημειοθεραπείας.
- ✓ Διδασκαλία για τη χρήση των μέσων, που αποτρέπουν την τριχόπτωση με: αποφυγή συχνών λουσιμάτων και χημικών καλλυντικών τεχνικών και εφαρμογή καπέλων ή περούκας.

- ✓ Ενημέρωση του ασθενή, ότι μπορεί να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με πρόκληση τοπικής υποθερμίας με αυτοσχέδιους τρόπους, όπως π.χ. τοποθέτηση παγοκύστης.
- ✓ Παρακολούθηση της λειτουργικότητας των νεφρών με εργαστηριακό έλεγχο και της εμφάνισης συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (ολιγουρία, οιδήματα).
- ✓ Εκτίμηση του ισοζυγίου προσλαμβανομένων τροφών και αποβαλλομένων υγρών.
- ✓ Εφαρμογή μέσων (π.χ. φάρμακα, υγρά) που βοηθούν στη σταθεροποίηση των ενδεικτικών τιμών της νεφρικής λειτουργίας στα φυσιολογικά όρια. (Κατσώχης, 2000, Μαρκόπουλος, 2008) (Broeckel J.A., Jacobsen P.B., Balducci L., Horton J., Lyman G.H. ,2000).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης οφείλει να εκτελεί τις παρακάτω ενέργειες:

- Λήψη ζωτικών σημείων
- Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων
- Έλεγχος επιπέδου οξυγόνου
- Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό
- Παρακολούθηση για εκδήλωση επιπλοκών
- Περιποίηση τραύματος
- Έλεγχος μεταβολών ζωτικών σημείων
- Παρακολούθηση συνδέσεων και παροχετεύσεων ασθενούς
- Παρατήρηση της ενδοφλέβιας έγχυσης ορών
- Τήρηση άσηπτης τεχνικής

Û Έλεγχος αποστειρωμένου υλικού (Αθανάτου, 2007)

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά από μαστεκτομή:

Η νοσηλευτική συμπεριφορά 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. (Lambley, 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. (Τοκμακίδης, 2001)

Ως προς τα οργανικά προβλήματα ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίζει τις παρακάτω αναφορές:

- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο
- Ενημέρωση για κατάλληλη θέση στην κλίνη
- Μετακίνηση του χεριού, σύμφωνα πάντα και με τις οδηγίες του φυσικοθεραπευτή, ως προς το πλαίσιο της άσκησης και της ενδυνάμωσης του μυϊκού τόνου.
- Αποφυγή περιττών κινήσεων
- Πρόληψη τραυματισμού
- Καθοδήγηση του 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). (Μαρκόπουλος, 2008)

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. Ο ασθενής πρέπει να εξετάζει το μαστό του από μόνος του 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 συμβουλεύσουν 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. (Μαρκόπουλος, 2008)

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ- ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Από την στιγμή που έχει διαγνωστεί η ανάπτυξη καρκινώματος στο μαστό, είτε στο γυναικείο είτε στο αντρικό φύλο, ο νοσηλευτής υποχρεούται πέραν της διενέργειας κάθε νοσηλευτικής πράξης αντιμετώπισης, πρόληψης μετάστασης και αποφυγή υποτροπής του μαστικού καρκίνου, να συμμετέχει και στην πρόληψη – εκδήλωση και αντιμετώπιση οποιασδήποτε μορφής καταθλιπτικής διαταραχής. (Παπαδάτου, 2012)

Ως προς την πρόληψη οφείλει να:

- § Παρέχει στον καρκινοπαθή φροντίδα και παρακολούθηση, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της νοσηλευτικής διεργασίας.

- § Μειώνει οποιοδήποτε στρεσογόνο γεγονός επιδεινώνει την ψυχική λειτουργικότητα του.
- § Εντοπίζει αισθήματα άγχους και ανασφάλειας και μέσω του υποστηρικτικού διαλόγου να τα επιλύει.
- § Εξασφαλίζει στον καρκινοπαθή ήρεμο και φιλικό περιβάλλον διαβίωσης κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, ενθαρρύνοντας τον ψυχοθεραπευτικό διάλογο. Οποιαδήποτε απορία θα πρέπει να επιλύεται.
- § Ενημερώνει τον καρκινοπαθή για το θεραπευτικό πλάνο και τις συνέπειες του ώστε να προσαρμόζεται ευκολότερα στις ακόλουθες ή μη αναμενόμενες για τον ίδιο μεταβολές (ιδίως για την αλλαγή που θα δεχτεί ως προς την εξωτερική του εμφάνιση).
- § Εντοπίζει σημεία νευρικότητας, μελαγχολίας και έντονης ανησυχίας και να τα διαφοροποιεί από παρενέργειες δραστικών ουσιών ή έναρξη καταθλιπτικού επεισοδίου.
- § Προωθεί τις διαπροσωπικές και κοινωνικές επαφές αποτρέποντας τον ασθενή να απομονωθεί από το υπόλοιπο κοινό.
- § Ενθαρρύνει τον καρκινοπαθή να συμμετέχει στην αυτοφροντίδα του ώστε να παράγεται το αίσθημα της ικανοποίησης και της ευχαρίστησης με το σώμα του.
- § Δημιουργεί το αίσθημα αποδοχής της πραγματικότητας στον καρκινοπαθή και της τήρησης του θεραπευτικού πλάνου, προκειμένου να αποτρέπεται η σωματική/νοητική και συναισθηματική ανικανότητα.
- § Εκπαιδεύει τον ασθενή μέσω των εφαρμογών ψυχικής υγείας στη προσωπική του ζωή να διαχειρίζεται τις αντιξοότητες και να επιλύει με θετική σκέψη τα προβλήματα.
- § Καθοδηγεί τον καρκινοπαθή πώς να ανταποκρίνεται ή να παρακάμπτει κάθε παράμετρο που επιδρά αρνητικά στη ψυχική του ισορροπία και ασφάλεια.

- § Ενσωματώνει δραστικά τον ασθενή στο πλάνο εξόδου από το νοσοκομείο και να τον βοηθά για την κοινωνική του επανένταξη (το κοινωνικό στίγμα για μια γυναίκα που έχει υποστεί μαστεκτομή της απαγορεύει εν μέρει την κοινωνική της επανένταξη).
- § Ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον για τυχόν αναπροσαρμογή του χώρου διαβίωσης του ασθενή, στον προσωπικό χώρο του σπιτιού του. (Ραγιά, 2009)

Ως προς την εκδήλωση οφείλει να:

- § Αναγνωρίζει την καταθλιπτική διάθεση.
- § Εντοπίζει αισθήματα απαισιοδοξίας και ανασφάλειας.
- § Ανιχνεύσει ενοχική συμπεριφορά ή ιδεασμούς αυτοκτονίας.
- § Παρεμποδίζει την απροθυμία του καρκινοπαθή να διακόψει την θεραπευτική του προσέγγιση.
- § Μην επιτρέπει την διακοπή της αυτοφροντίδας του ασθενή και την παραμέληση της σωματικής του εμφάνισης.
- § Αναγνωρίζει προβλήματα κοινωνικής δυσλειτουργίας ή ανάγκη απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο.
- § Διαφοροποιεί τα ψυχοσωματικά συμπτώματα από αυτά των παρενεργειών των φαρμακευτικών ουσιών έναντι του καρκινώματος ή της κλινικής εικόνας της καταθλιπτικής διαταραχής. (Ραγιά, 2009)

Ως προς την αποκατάσταση οφείλει να συμβάλλει στη λειτουργικότητα του ασθενή ή του πλήρως ιασμένου, ο οποίος θα:

- § Αναγνωρίζει τους μηχανισμούς που του παράγουν αρνητική σκέψη και κατά επέκταση δυσχερή συναισθήματα και θα τα παρακάμπτει ώστε να αποτραπεί το ενδεχόμενο επανεμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου.

- § Προσαρμόζετε σε γεγονότα που δεν έχουν την ικανότητα επίλυσης τους (μαστεκτομή, ουλές ή σημάδια, σωματική αναπηρία).
- § Στοχεύει στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.
- § Υποστηρίζει την εξωστρέφεια των σκέψεων και των συναισθημάτων μέσω του ανοιχτού διαλόγου.
- § Συμμετέχει στις προληπτικές κατευθυντήριες από τον θεράπων ιατρό εξετάσεις για πρόληψη υποτροπής του καρκινώματος (αυτοεξέταση, μαστογραφία).
- § Ανακαλύψει ευχάριστα ενδιαφέροντα και θα παρέμβει εκ νέου στον εργασιακό του χώρο.
- § Βιώνει τα αισθήματα θλίψης ή θυμού αλλά δεν θα τα παρερμηνεύει με έναν εσφαλμένο τρόπο σκέψης.
- § Ανακτήσει τον αυτοέλεγχο και την υψηλή αυτοπεποίθηση ανεξαρτήτως εκδήλωσης δυσχερών καταστάσεων, όπως μια οργανική διαταραχή.
- § Θέσει ρεαλιστικούς στόχους, που θα προσπαθεί να τους εκπληρώνει δείχνοντας σεβασμό και θετική ενέργεια στη ζωή. (Ραγιά, 2009)

5.6 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

Με την έννοια της λέξης «στίγμα» δηλώνεται η σημασία του σημαδιού στην ανθρώπινη ψυχή του ατόμου. Κατέχει συνήθως αρνητική υπόσταση καθώς θέλει να αναφερθεί και να τονίσει την διάκριση του πάσχοντα από ένα υγιές άτομο. Η διαφορά έγκειται στην διαταραχή του ασθενή σωματικά ή ψυχικά λόγω κάποιου τραυματικού γεγονότος. Στην περίπτωση της πτυχιακής εργασίας υποστηρίζεται η αντίδραση που φέρει ο Καρκίνος όταν επαφίεται με την Κατάθλιψη στη ψυχοσύνθεση αυτού που νοσεί και τον κάνει διαφορετικό ως προς την συμπεριφορά και τον τρόπο σκέψης του σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες της κοινωνίας. (Hauck, 2013)

Κύριο χαρακτηριστικό του κοινωνικού στιγματισμού είναι η απόρριψη που οδηγεί στην απομόνωση. Στον χώρο της Ψυχιατρικής Επιστήμης το στίγμα χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από τον ασθενή την δυνατότητα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης. Πιο ουσιαστικά όταν αναφερόμαστε σε μια χρόνια ή μη πάθηση και στο αντίκτυπο που φέρει θα πρέπει να διερευνήσουμε το κοινωνικό στίγμα ως την ενέργεια που υφίσταται το άτομο από το κοινωνικό του περιβάλλον. (Hauck, 2013)

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές αναλύσεις για να κατανοηθεί εις βάθος αυτή η έννοια και κυρίως η αρνητική της επιρροή αλλά καταλήγει σε μια έκφανση προκατάληψης και στερεοτυπίας. Παρόλο που ο κοινωνικός και δημόσιος βίος επιδέχεται με το πέρασμα του χρόνου ορισμένες μεταβολές εντούτοις παρατηρείται ότι το κοινωνικό στίγμα υπάρχει λόγω της συσχέτισης του με την κλινική εικόνα μιας πάθησης και μάλιστα με την ανικανότητα την οποία επιφέρει στο άτομο (όπως η απώλεια μαλλιών ή ολική αφαίρεση του μαστού ή η αδυναμία ενασχόλησης με το επάγγελμα που διέπραττε στο παρελθόν).

Απόρροια λοιπόν της παραπάνω κατάστασης είναι η διαφοροποίηση του ασθενή από τα υπόλοιπα μέλη, στην συνέχεια η απομάκρυνση του μέσω της απομόνωσης του από τον κοινωνικό περίγυρο και η δημιουργία αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων που συντελούν στην ανάπτυξη των ψυχικών ασθενειών. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η έλλειψη αυτοδυναμίας, η μη αναγνώριση της τωρινής του κατάστασης, η αντίληψη της περιφρόνησης και της απαξίωσης, η ιδέα της ανικανότητας που φέρει την κοινωνική υποτίμηση και η ελαχιστοποίηση της δραστηριοποίησης του. Έτσι καταρρίπτεται ολόκληρη η εικόνα του εαυτού του δίνοντας το περιθώριο στο ψυχικό του υπόβαθρο να θέσει τον οργανισμό του σε ψυχικούς προβληματισμούς. (Hauck, 2013)

Οι ασθενείς με μαστικό καρκίνο, καλούνται ορισμένες φορές ως στιγματισμένοι, ενώ στην πραγματικότητα χρησιμοποιούν τον ίδιο άξονα αξιών και αρχών με τους συνανθρώπους τους να παρουσιάζουν το αίσθημα της ντροπής χωρίς ουσιαστική αιτία. Κατά συνέπεια, έχουν την τάση προσπαθώντας με προσωπικές του μεθόδους να ανταπεξέλθουν στο γνώρισμα της ντροπής δείχνοντας στην υπόλοιπη κοινωνική ομάδα ότι είναι εν μέρει υγιείς αλλά η νόσος τους κάνει να λειτουργούν με ιδιαίτερο τρόπο.

Σύμφωνα με ψυχολόγους οι πολιτικές που δοκιμάζει ένα άτομο που νοσεί ή δέχεται τις επιπτώσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης, για να ανταπεξέλθει στον χαρακτηρισμό του στιγματισμένου παρουσιάζεται με ένα συγκεκριμένο μοτίβο κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με το κοινωνικό του περίγυρο: αρχικά ο ασθενής καλύπτει το απαξιωτικό γνώρισμα που τον περιβάλλει με σκοπό να φαίνεται ως αποδεκτός και κατά επέκταση «φυσιολογικός». Στην συνέχεια εμπλέκεται με τις αρνητικές αντιλήψεις που τον κατέχουν και έτσι αντί να αντιδράσει για να ελαχιστοποιήσει την σημασία του κοινωνικά στιγματισμένου αποφασίζει αντίθετα να αποσυρθεί από το κοινωνικό βίο και να απομακρυνθεί από την ενεργητική συμμετοχή διότι τον διακρίνουν ως μη φυσιολογικό απέναντι στις συναναστροφές του με άλλα άτομα. Έτσι περνά στο τελικό στάδιο το οποίο είναι η αποσύνδεση της ψυχικής του υγείας και η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών που τον αποδιοργανώνουν αρχικά ως άνθρωπο και στην συνέχεια τον απομακρύνουν από την τήρηση της σωστής φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής του αγωγής. Συνηθέστερη ψυχωτική διαταραχή σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η Κατάθλιψη, η οποία «καλύπτει» περισσότερο τις συγκεκριμένες ανάγκες του στιγματισμένου. (Hauck, 2013)

Ο νοσηλευτής, οφείλει να παρακινεί το άτομο που πέρασε ένα τραυματικό γεγονός όπως ο μαστικός καρκίνος, να συμφιλιώνεται με την εικόνα του και να προσαρμόζεται με αρμονία σε κάθε νέα αλλαγή. Η εστίαση θα πρέπει να στηρίζεται στη θετική πλευρά, που σημαίνει ότι κατάφερε και νίκησε μια τόσο επιβλαβής για τον οργανισμό ασθένεια χωρίς να χάσει τη ζωή

του. Καλό θα ήταν να ξεκινήσει την εμπλοκή του επικοινωνιακά με μέλη που έχουν βιώσει το ίδιο πρόβλημα και μπορεί να τεθεί καλύτερα το αίσθημα της κατανόησης/συμπαράστασης μέσω της ανταλλαγής εμπειριών. Επιπλέον η εφαρμογή της ιδανικότερης για τον ίδιο Ψυχοθεραπευτικής μεθόδου θα τον εκπαιδεύσει πως θα παρακάμπτει τις αρνητικές σκέψεις ή κριτικές από τους άλλους στοχεύοντας στη δημιουργία ενός νέου τρόπου ζωής, με ευχαρίστηση, ενεργητικότητα και σεβασμό. (Ραγιά, 2009)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Γυναίκα ασθενής Ε.Μ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 30 ετών, εισήχθη στην παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, ύστερα από εκδήλωση καλοήθους μορφής ινοαδενώματος, που εντοπίζεται στον αριστερό μαστό.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε έντονο πόνο περιμετρικά του όγκου, ερυθρότητα, σκληρότητα της περιοχής με εμφανή την παρουσία ελλειψοειδούς όγκου στον αριστερό μαστό και κατά την ψηλάφηση γινόταν αντιληπτή η κινητικότητα του όγκου.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 19/01/2016 και ώρα 10:50 πμ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Ε.Μ

Φύλλο: Θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.: 13/06/1986 Ηλικία:30

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ινοαδένωμα αριστερού μαστού

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα και όπως ανέφερε κατά την λήψη του ιστορικού δεν έχει παρουσιάσει αλλεργία σε κάποια τροφή ή φαρμακευτική ουσία. Ανέφερε στον ιατρό ότι στην ηλικία των 25 χρονών ξεκίνησε να παρουσιάζει διαταραχή στην έμμηνο ρύση και

ακολουθούσε σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γυναικολόγου της εννέα μήνες θεραπεία με χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών όπου μετά από δυο χρόνια σταθεροποιήθηκε ο κύκλος της και σταμάτησε την θεραπεία.

Ο μαστολόγος στο τέλος της επίσκεψης την ενημέρωσε ότι θα ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων για τυχόν ενδεχόμενο παρουσία άλλης πάθησης και την εκτίμηση των λειτουργιών των οργάνων της.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής κατά την διάρκεια των τελευταίων 8 μηνών αισθανόταν στο στήθος της έντονο πόνο αλλά αρνιόταν να ζητήσει ιατρική γνωμάτευση. Διέκρινε κατά την ψηλάφηση την παρουσία ενός μικρού όγκου που κατά την άσκηση πίεσης σε αυτό το σημείο ο όγκος παρουσίαζε κινητικότητα στην γύρω περιοχή. Ο μαστός της ασθενούς άρχισε να εκδηλώνει ερυθρότητα και σκληρότητα ακόμα και αν η γυναίκα έκανε κινήσεις σαν μασάζ για να την ανακουφίζει από τον πόνο. Στην πορεία όμως διέκρινε αλλαγές στο στήθος της που την έκαναν ακόμη πιο ανήσυχη. Κατά την ψηλάφηση του μαστού εντόπιζε το ίδιο εξόγκωμα σε μεγαλύτερο μέγεθος όμως και άρχιζε ο πόνος να επεκτείνεται μέχρι την θηλή. Αυτό αποτέλεσε τον φόβο στην ασθενή να κλείσει ραντεβού με τον γυναικολόγο της ο οποίος διάγνωσε ότι πρόκειται για καλοήγη καρκινικό όγκο στον αριστερό μαστό και την ενημέρωσε για την πορεία του θεραπευτικού πλάνου.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γυναικολόγος της κλινικής μετά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο διέκρινε κατά την ψηλάφηση εξόγκωμα στον αριστερό μαστό σε συνδυασμό με σκλήρυνση της περιοχής. Ο έντονος πόνος έδινε τα σημεία του

με έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία του μαστού ενώ ο ιατρός θεωρούσε θετικό δείγμα ότι ο όγκος είναι μικρού μεγέθους όπως μπορούσε να διακρίνει και ότι ο πόνος δεν αντανακλούσε στην μασχάλη ή στους γειτονικούς λεμφαδένες. Επίσης ο όγκος παρουσίαζε κινητικότητα κατά την άσκηση πίεσης καθώς δεν συνδέεται με τον μαστικό αδένα και δεν έχει την δυνατότητα να συμφύεται από το δέρμα. Ο ιατρός ζήτησε από την ασθενή να ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων (μαγνητική μαστογραφία, υπέρηχο, γενική αίματος και βιοψία) για να επιβεβαιώσει την εικόνα που είχε μέχρι εκείνη την στιγμή.

Ωστόσο, η ασθενής ανέφερε ότι ενώ την καθησυχάζουν οι συμβουλές του γιατρού, αισθάνεται έντονο άγχος και απροθυμία να ακούσει τα αποτελέσματα των εξετάσεων από διάχυτο φόβο να μην συμβαίνει κάτι χειρότερο, το οποίο αποκρύβει ο θεράπων για να μην την αναστατώσει.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Οι διαγνωστικές εξετάσεις επιβεβαίωσαν την θέση του γυναικολόγου ότι επρόκειτο για καρκίνο και αφού προσδιορίστηκε το μέγεθος του όγκου και η μορφή του κατατάχθηκε στην κατηγορία του καλοήθου όγκου. Ακολούθησε η ενημέρωση της ασθενούς με προσοχή για τον σχεδιασμό του θεραπευτικού της πλάνου και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες η ασθενής θα προβεί σε χειρουργική επέμβαση για ολική αφαίρεση του όγκου χωρίς να αποτελεί ανησυχητικό γεγονός η παρουσία του καρκινικού όγκου γιατί κατατάσσεται σε καλοήθου μορφή και δεν διατρέχει κίνδυνο μετάστασης στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Θα χορηγηθούν αναλγητικά και αντιβιοτικά για την ανακούφιση από τον πόνο και την πρόληψη λοίμωξης. Ο γυναικολόγος που ανέλαβε το περιστατικό για την προεγχειρητική προετοιμασία θεωρεί ότι γενική αναισθησία της ασθενούς θα δημιουργήσει καλύτερο πεδίο επέμβασης της περιοχής αλλά με

την χορήγηση ήπιων αναισθητικών. Κρίνει ότι θα επιτευχθεί με την εφαρμογή απλής λαρυγγικής μάσκας και αποκλείει το γεγονός τοπικής αναισθησίας ή καταστολή εν συνείδηση (δηλαδή στην λεγόμενη κατάσταση μέθης).

Ωστόσο παρότρυνε την ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αποκατάστασης να συνεργαστεί με τον ψυχολόγο του νοσοκομείου καθώς κρίνει αδύναμο τον χαρακτήρα της να διαχειριστεί αυτή την κατάσταση και πιστεύει ότι η αγχώδης συμπεριφορά της θα πυροδοτήσει ψυχοσωματικά συμπτώματα ή ακόμη και καταθλιπτική διαταραχή.

<p><i>ολόγηση ούς Ανάγκες- λήματα- λευτική ωση</i></p>	<p><i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i></p>	<p><i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i></p>	<p><i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i></p>
<p>Εμφάνιση ελλειψοειδούς όγκου Σκληρότητα περιοχής Κινητικότητα όγκου Πόνος περιμετρικά του όγκου Ερυθρότητα Ινοαδένωμα αριστερού μαστού</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αφαίρεση όγκου • Πρόληψη μετεγχειρητικ ών επιπλοκών • Γενική αναισθησία με ήπια καταστολή • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποφυγή μετάλλαξης του όγκου 	<ul style="list-style-type: none"> • Τακτική λήψη ζωτικών σημείων • Λήψη δεύτερου ιστορικού για επιβεβαίωση στοιχείων • Εξακρίβωση τυχόν αλλεργικής διάθεσης σε κάποιο φάρμακο • Προετοιμασία ασθενή για χειρουργείο • Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικ ών • Εφαρμογή απλής λαρυγγική ς μάσκας • Ενδοφλέβι α έγχυση αναισθησι ολογικών παραγόντ ων • Χορήγηση αντιβιοτικ ών • Αφαίρεση μαστικής μάζας. • Εφαρμογή ψυχολογικ ής συνεδρίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Αφαίρεση αδενώματ • Εξάλειψη συμπτωμά των • Αποφυγή μετεγχειρ ικών επιπλοκώ • Πρόληψη καταθλιπι ής διαταραχί • Πρόληψη υποτροπή και μεταστατι ής συμπεριφ άς.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Γυναίκα ασθενής Α.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 64 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην γυναικολογική κλινική, ύστερα από κακοήγη καρκίνο του δεξιού μαστού, η κλινική εικόνα που παρουσιάζει αποδεικνύει πως συνυπάρχει καταθλιπτική διαταραχή (Υποτροπιάζουσα Μείζων Κατάθλιψη).

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε έντονο πόνο στο στήθος, εξόγκωμα, εισολκή της θηλής και αιματηρή έκκριση, φλεγμονή του δέρματος, ερυθρότητα και ευαισθησία ενώ στην συνολική εικόνα γινόταν αντιληπτή η παραμόρφωση του μαστού. Επιπλέον παρατηρείται καταθλιπτική διάθεση, αϋπνία, αυτοκτονικός ιδεασμός, ενοχική συμπεριφορά, ανηδονία, κεφαλαλγία και θωρακικό άλγος.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 03/01/2016 και ώρα 9:30 πμ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.:25/12/1952 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κακοήθης καρκίνος του δεξιού μαστού – Υποτροπιάζουσα Μείζων Κατάθλιψη

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε γεγονότα που έδιναν το κίνητρο στον ιατρό να διαπιστώσει ότι αυτό το άτομο είχε προδιάθεση να αντιμετωπίσει προβλήματα γυναικολογικής φύσης .Ξεκίνησε από μικρή ηλικία,

πριν το 12 έτος να έχει έμμηνο ρύση και ενώ έβλεπε διαταραχές στον κύκλο της έμμηνου ρύση δεν απευθύνθηκε σε κάποιον ειδικό ώστε με την κατάλληλη θεραπεία να διαμορφώσει μια φυσιολογική πορεία αυτού του θέματος. Αυτό συνεχίστηκε μέχρι την ηλικία των 55 ετών όπου πέρασε στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και εκεί το πρόβλημα συνεχίστηκε διαφορετικά.

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν τόσο έντονα που δεν της επέτρεπαν να ανταποκρίνεται στις καθημερινές τις δραστηριότητες και τότε ζήτησε μια ιατρική γνωμάτευση για να καλυτερέψει η πορεία της. Ο γυναικολόγος της διαπίστωσε μετά από μια σειρά εξετάσεων πως η ασθενής αντιμετώπιζε σοβαρές ορμονικές διαταραχές και την έθεσε σε Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης.

Η αδυναμία διαχείρισης των προβλημάτων της είχε εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο ξεπέρασε με την παρέμβαση ψυχολόγου. Ενώ ο ίδιος της συνέστησε να προβεί σε εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας, η ίδια αρνήθηκε για οικονομικούς λόγους και 3 μήνες αργότερα ξανά εμφάνισε καταθλιπτική διάθεση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής το τελευταίο τρίμηνο αισθανόταν πόνο στο δεξί της στήθος και κατά την αυτοεξέταση εντόπιζε εξόγκωμα που μέσα στο διάστημα μιας εβδομάδας αυτός ο όγκος αυξήθηκε σε μέγεθος και ο πόνος επεκτάθηκε μέχρι την μασχάλη. Τον τελευταίο μήνα δημιουργήθηκε εισολκή της θηλής και άρχισε η αιματηρή της έκκριση. Όλα αυτά τα συμπτώματα βρίσκονταν σε συνδυασμό με ερυθρότητα και ευαισθησία της περιοχής.

Η ίδια απέκρυπτε από τα οικογενειακά μέλη την ύπαρξη του προβλήματος και άρχισε να παρουσιάζει σημάδια απομόνωσης και απαισιοδοξίας. Ο πόνος και η συμπτωματολογία της ασκούσαν καταθλιπτική διάθεση και διαταραγμένο ύπνο. Όπως η ίδια ανέφερε δεν ήταν λίγες οι φορές

που σκέφτηκε να διακόψει το νήμα της ζωής της. Ο σύζυγος της, ύστερα από την αναγνώριση μιας μελαγχολικής και ενοχικής συμπεριφοράς στην καθημερινότητα της, την παρότρυνε να ζητήσουν την ιατρική παρέμβαση.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθενής παραπονιόταν για έντονο πόνο που ξεκινούσε από το στήθος της και αντανακλούσε μέχρι την μασχάλη με τέτοιο τρόπο που τις απαγόρευε εκείνη την στιγμή να κινήσει το χέρι της. Ο ιατρός διέκρινε συνολική παραμόρφωση του μαστού λόγω έντονης δερματικής φλεγμονής και εξόγκωμα που γινόταν αμέσως αντιληπτό κατά την ψηλάφηση. Η θηλή είχε εισέλθει προς τα μέσα και εκείνη την στιγμή όπως και ο γιατρός διαπίστωσε υπήρχε αιματηρή έκκριση, έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία.

Ο γυναικολόγος ζήτησε την παρέμβαση των ιατρών από την Ψυχιατρική κλινική προκειμένου να αξιολογήσουν την καταθλιπτική διάθεση, την αϋπνία, την ενοχική συμπεριφορά, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την ανηδονία, το θωρακικό άλγος και την κεφαλαλγία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο γυναικολόγος - χειρουργός σε συνεργασία με τον ψυχίατρο διέκριναν ότι η κατάσταση της ασθενούς είναι πολύ επικίνδυνη. Αφού πραγματοποίησε μια σειρά διαγνωστικών και απεικονιστικών εξετάσεων, τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι χρειάζεται άμεσα χειρουργική επέμβαση για ολική αφαίρεση του όγκου. Η ασθενής νοσεί από υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή ως απόρροια την εκδήλωσης καρκίνου και μάλιστα βαριάς μορφής, Μείζων Κατάθλιψη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ακολούθησε την παρακάτω πορεία:

- ▼ Η ασθενής υποβλήθηκε σε μια σειρά εξετάσεων (γενική- βιοχημική αίματος, κυτταρολογική βιοψία, μαγνητική μαστογραφία) ώστε να διαφοροποιηθεί ο όγκος και να κατηγοριοποιηθεί και επιπλέον να θέσει τις βάσεις που θα εφαρμοστεί η θεραπευτική της αγωγή. Ξεκίνησε χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία για να καταπολεμήσουν την ισχύ του όγκου και να μετριάσουν τις πιθανότητες μετάστασης του σε γειτονικούς λεμφαδένες και θεωρήθηκε αναγκαία η χειρουργική επέμβαση της ασθενούς. Πραγματοποιήθηκε ολική αφαίρεση του μαστού και δερματική αποκατάσταση καθώς η βλάβη είχε επεκταθεί σε ολόκληρο τον μαστό.
- ▼ Από ψυχιατρικής πλευράς κατατάχθηκε η δυσλειτουργία σε Μείζων Υποτροπιάζουσα Κατάθλιψη και επήλθε διαφορική διάγνωση από Δυσθυμία, Διπολική διαταραχή και Δευτεροπαθής Κατάθλιψη. Ο ψυχίατρος της συνέστησε να λαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και συγκεκριμένα Κλομιπραμίνη, Anafranil σε I.V έγχυση, 20-50 mg σε 500 cc dextrose για 120 sec/ημερησίως. Επιπλέον απαιτείται λήψη SSRI (σιταλοπράμη για 6 μήνες για πρόληψη υποτροπής). Η Ψυχοθεραπεία δεν θα μπορούσε να απουσιάζει από το θεραπευτικό πλάνο καθώς η ασθενής λειτουργεί με αρνητικό αμυντικό μηχανισμό σε νοσηρά για την υγεία της γεγονότα και θα πρέπει να αναδημιουργηθεί ο τρόπος σκέψης και συμπεριφοράς. Έτσι, θα εφαρμοστεί Γνωσιακή Θεραπεία για τουλάχιστον 6 μήνες προκειμένου να αποτραπεί το ενδεχόμενο επανεμφάνισης της ψυχικής δυσλειτουργίας.

ολόγηση ασθενούς ες- Προβλήματα- λευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμ ός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Παραμόρφωση μαστού. Εξόγκωμα. Αιματηρή έκκριση της θηλής. Εισολκή της θηλής. Φλεγμονή του δέρματος. Έντονος πόνος. Ερυθρότητα. Ευαισθησία. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. Καταθλιπτική Διάθεση. Αϋπνία. Αυτοκτονικός Ιδεασμός. Ενοχική	<ul style="list-style-type: none"> · Αντιμετώπιση του πόνου. · Εξάλειψη συμπτωμάτων · Αποφυγή μετάστασης σε γειτονικούς λεμφαδένες. · Αποκατάσταση του μαστού. · Αντιμετώπιση καταθλιπτικής διαταραχής. · Αποτροπή αυτοκτονικής πράξης. · Πρόληψη υποτροπής. · Αποφυγή 	<ul style="list-style-type: none"> · Ενημέρωση της ασθενούς για την έκβαση της πάθησης · Ψυχολογική υποστήριξη · Τακτική παρακολούθηση (λήψη ζωτικών σημείων.) · Ενθάρρυνση της ασθενούς για την εικόνα του σώματος της μετά το χειρουργείο ή το αποτέλεσμα των παρενεργειών 	<ul style="list-style-type: none"> · Ακτινοθεραπεία. · Χημειοθεραπεία (ανοσοκατασταλικά). · Ορμονοθεραπεία (έλεγχος οιστρογόνων). · Χειρουργική επέμβαση (ολική αφαίρεση μαστού) – Μαστεκτομή · Χορήγηση αντιφλεγμονωδών. · Χορήγηση τρικυκλικών 	<ul style="list-style-type: none"> · Επιτυχής αφαίρεση όγκου · Αποκατάσταση δέρματος · Πρόληψη μετάστασης · Έλεγχος και περιορισμός των παρενεργειών αχημειοθεραπείας. · Πρόληψη υποτροπής. · Αποκατάσταση ψυχικής διαταραχής

<p>συμπεριφορά. Ανηδονία. Θωρακικό άλγος. Κεφαλαλγία. Υ.Μ.Κ.</p>	<p>παρενεργειών αντικαταθλιπτικών. · Φυσιολογική ή λειτουργική σκέψης & δράσης του ατόμου. · Ψυχική ισορροπία. · Προσαρμογή ή στο νέο τρόπο ζωής. · Παρότρυνση για μελλοντική παρακολούθηση και προληπτική αντίληψη.</p>	<p>ών λόγω χημειοθεραπείας. · Προσοχή σε παρενέργειες τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (επιληψία, καταστολή Κ.Ν.Σ., αρρυθμίες, μυδρίαση). · Ανίχνευση παρενεργειών από SSRI (γαστρεντερικές διαταραχές, νευρική υπνηλία, ξηροστομία). · Εκτίμηση απεικονιστι</p>	<p>ών (Κλομιπραμίνη, Anafranil σε I.V έγχυση, 20-50 mg σε 500 cc dextrose για 120 sec/ημερησίως). · Λήψη SSRI (σιταλοπράμη για 6 μήνες για πρόληψη υποτροπής). · Εφαρμογή Γ.Θ.</p>	<p>· Φυσιολογική λειτουργικότητα έ τρόπος σκέψης. · Προτροπή ή προληπτική παρακολούθηση (αυτοεξέταση, μαστογραφία).</p>
--	--	---	--	---

		κών μεθόδων για μετάσταση.		
--	--	----------------------------------	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Με τον όρο «καρκίνος του μαστού» δηλώνεται η ανάπτυξη ενός όγκου ή μιας μάζας στο μαστό του σώματος, αποτελώντας την πρώτη αιτία θνησιμότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, για τις γυναίκες.
- Ø Ο μαστικός καρκίνος εκδηλώνεται υπό δυο μορφές, είτε ως καλοήθεια είτε ως κακοήθης όγκος.
- Ø Η διαφορά των δυο κατηγοριών συνίσταται στην επιθετικότητα, δηλαδή την ικανότητα διήθησης σε γειτονικούς ιστούς και στην δυνατότητα μετάστασης.
- Ø Η γενική συμπτωματολογία περιλαμβάνει το ψηλαφητό ογκίδιο, την έκκριση υγρού από τη θηλή, την μασταλγία και την ερυθρότητα του δέρματος. Απευθύνεται κυρίως σε καλοήθειες του καρκίνου του μαστού.
- Ø Αντιθέτως, η ειδική συμπτωματολογία είναι μέρος μιας κακοήθης καρκινικής εκδήλωσης και περιλαμβάνει μαστοδυνία, παραμόρφωση μαστού, δερματικές αλλοιώσεις, εισολκή θηλής, σκληρότητα και διόγκωση μαστού μέχρι οίδημα των μασχαλιαίων λεμφαδένων.
- Ø Η διάγνωση του καρκίνου, σε γυναίκα ή άντρα, πραγματοποιείται μέσω της ψηλάφησης, της μαγνητικής μαστογραφίας και του υπέρηχου στην μαστική περιοχή. Για περαιτέρω ανάλυση εφαρμόζεται η βιοψία, το σπινθηρογράφημα οστών ή η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων.
- Ø Η αιτιολογία εκδήλωσης καρκίνου του μαστού στηρίζεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες, σε κληρονομικό ιστορικό, στο φύλο, το ηλικιακό επίπεδο, την εφαρμογή ή όχι θηλασμού και τέλος σε ορμονικής φύσεως διαταραχές.
- Ø Η θεραπεία συσχετίζεται άμεσα με την κατάταξη του όγκου και τον βαθμό διήθησης. Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες μεθόδους διακοπής της διασποράς των καρκινικών κυττάρων στον

υπόλοιπο μαστικό αδένα και μπορεί να συνδυάζεται με την ακτινοθεραπεία.

- Ø Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις πιο επιβλαβείς ασθένειες στον άνθρωπο, με ποικίλα ψυχικά και σωματικά προβλήματα. Για ένα ποσοστό πασχόντων αποτελεί την αιτία πυροδότησης κάποιας ψυχωτικής διαταραχής.
- Ø Η πιο γνωστή δυσλειτουργία είναι η Κατάθλιψη.
- Ø Με την έννοια της «Κλινικής Κατάθλιψης» δηλώνεται η διαταραγμένη διάθεση του ασθενή, συνοδευόμενη από συμπτώματα μελαγχολίας, θυμού, απώλειας και απογοήτευσης. Η συμπτωματολογία της διαταραχής παρεμβαίνει στη καθημερινότητα του ασθενή και διαρκεί για διάστημα μεγαλύτερο τουλάχιστον των δυο εβδομάδων.
- Ø Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει μελαγχολική διάθεση, αίσθημα δυσφορίας και απελπισίας, ανηδονία, διαταραγμένη σκέψη, δυσκολία λήψης αποφάσεων, διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη μέχρι ενοχικές ιδέες και αυτοκτονικό ιδεασμό.
- Ø Η διαγνωστική εκτίμηση της Κατάθλιψης αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα ασθενών που την ίδια χρονική περίοδο εμφανίζουν κάποιας μορφής καρκίνου στον οργανισμό τους.
- Ø Η ψυχική ισορροπία του ασθενή και η ένταση της καταθλιπτικής διάθεσης συσχετίζονται με το σημείο εντοπισμού της καρκινογένεσης.
- Ø Οι σημαντικότεροι μηχανισμοί που ενεργοποιεί ο ασθενής προκειμένου να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που επιφέρει η καρκινογένεση είναι η Άρνηση, η Μαχητικότητα, η Στωική Αποδοχή, η Αποδοχή συνοδευόμενη από μελαγχολία και τέλος η Απελπισία – Αβοηθητότητα.
- Ø Οι υποκατηγορίες της καταθλιπτικής διαταραχής διαχωρίζονται με κριτήριο την χρονική περίοδο εκδήλωσης, την κλινική εικόνα καθώς και τον βαθμό βαρύτητας της διαταραχής.

- Ø Η θεραπευτική προσέγγιση της Κατάθλιψης περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας.
- Ø Η Κατάθλιψη, ως απόρροια του μαστικού καρκίνου, συγκαταλέγεται ως η δεύτερη αιτία θανάτου, υπό την μορφή κακοήθειας, ενώ βρίσκεται στην πρώτη θέση για γυναίκες ηλικίας από 40 έως 49 ετών.
- Ø Μάλιστα η συχνότητα εμφάνισης πλησιάζει 1 με 2 άνδρες σε κάθε 200 γυναίκες με μαστικό καρκίνο, δηλ. 0.5-1%.
- Ø Ωστόσο, παρατηρείται άγνοια της ασθένειας από τον ανδρικό πληθυσμό με αποτέλεσμα την κακή πρόγνωση στο ανδρικό φύλο διότι παρατηρείται καθυστερημένη διάγνωση του μαστικού καρκίνου.
- Ø Η Κατάθλιψη των καρκινοπαθών παρουσιάζει ολική αρνητική επίδραση στον ασθενή καθώς διαταράσσει τις προσωπικές σχέσεις, την επικοινωνία και την κοινωνική συμμετοχή, το συναισθηματικό υπόβαθρο, την ανάγκη δημιουργικότητας και εξέλιξης μέχρι την σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου.
- Ø Η ανάπτυξη ενός καρκινώματος πυροδοτεί διαφορετικούς προβληματισμούς αναφορικά με τον τρόπο θεραπείας και τις αντίστοιχες επιπτώσεις της στον οργανισμό είτε από την ανδρική είτε από την γυναικεία προσέγγιση.
- Ø Σήμερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ως προς τις καταθλιπτικές διαταραχές και συγκεκριμένα για την Μείζονος τύπου Κατάθλιψη ότι μέχρι το έτος 2020 θα αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης διαταραχή, η οποία θα είναι η αφετηρία για την πυροδότηση συμπτωμάτων που θα εγκαθιστούν στον ασθενή κάποιας μορφής αναπηρίας.
- Ø Η εφαρμογή της πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης αποτελεί την ουσιαστικότερη ενέργεια για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ανθρώπου.

- Ø Ο νοσηλευτικός σκοπός σε καρκινοπαθείς με καταθλιπτική διαταραχή θα πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη υποτροπής και μεταστατικής καρκινογένεσης, ενώ ταυτόχρονα να αναδιαμορφώνει έναν νέο τρόπο σκέψης στον ασθενή, χωρίς ψυχικούς προβληματισμούς και διαταραγμένη συμπεριφορά.
- Ø Το άτομο που ξεπέρασε τον μαστικό καρκίνο μέσω της μαστεκτομής έρχεται πολλές φορές αντιμέτωπο με το κοινωνικό «στίγμα».
- Ø Ο κοινωνικός στιγματισμός στοχεύει στη διάκριση του πάσχοντα από ένα υγιές άτομο και δηλώνει την ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από τον ασθενή την δυνατότητα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής.
- Ø Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσεγγίσει τον «στιγματισμένο» και να τον συμφιλιώσει με την εικόνα του, εκπαιδεύοντας την σκεπτική του ικανότητα σε αρμονικότερες και θετικότερες σκέψεις.
- Ø Οι αλλαγές που επιφέρει ο καρκίνος του μαστού, δεν αποτελούν αιτία ψυχικής διαταραχής αλλά δημιουργούν έναν νέο τρόπο ζωής, με ευχαρίστηση, ενεργητικότητα και σεβασμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου, Ελευθερία, (2007), Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα

Άτκισον, Σου, (2015), Τα πρώτα βήματα για να νικήσεις τη Κατάθλιψη, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα

Δημητρακάκης, Κωνσταντίνος, (2000), Καρκίνος μαστού και μοριακή βιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Κατσώχης, Κωνσταντίνος, (2000), Χειρουργικές παθήσεις μαστού, University Studio Press, London

Μανδρέκας, Απόστολος, (2009), Βασικές αρχές πλαστικής χειρουργικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2008), Παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2007), Εγχειρίδιο καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Παπαδάτου, Δανάη, (2012), Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Παυλίδης, Νικόλαος, (2006), Εγκυμοσύνη και Καρκίνος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Ραγιά, Αφροδίτη, (2009), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, 7^η Έκδοση, Αθήνα

Σαχίνη, Άννα, (2000), Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Τοκμακίδης, Παναγιώτης, (2001), Ο γυναικείος μαστός, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Φύσσας, Γιάννης, (2006), Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη, Αθήνα

Brouw, Niek, (2014), Αγάπη- Επιθετικότητα-Κατάθλιψη, Εκδότης Καλέντης, Αθήνα

Buckman, Robert, (2000), Καρκίνος μαστού, Εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα

Creagan, Edward, (2006), Καρκίνος του μαστού, Εκδόσεις Αλκυών, London

Dewit, Susan, (2009), Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Gilbert, Paul, (2009), Ξεπερνώντας τη Κατάθλιψη, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Hauck, Paul, (2013), Κατάθλιψη: τέλος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Lambley, Peter, (2005), Η ψυχολογία του καρκίνου, Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα

Moller, Torsten, (2000), Ακτινοδιαγνωστική του μαστού, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Webb, Lara, (2010), Κατάθλιψη, Εκδόσεις Ιατρικής Modern Times, Αθήνα

Broeckel J.A., Jacobsen P.B., Balducci L., Horton J., Lyman G.H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 62, 141-50.

Pearlstein T.B. (1995). Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol*, 173, 646-53.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.nationalbreastcancer.org/male-breast-cancer> (Ανακτήθηκε στις 12/01/2016)

<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-what-is-breast-cancer-in-men> (Ανακτήθηκε στις 12/01/2016)

<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/inflammatorybreastcancer/inflammatory-breast-cancer-inflammatory-br-ca-symptoms>
(Ανακτήθηκε στις 12/10/2016)

<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-risk-factors> (Ανακτήθηκε στις 12/01/2016)

<http://www.iatronet.gr/symptom-checker/katathlipsi.html> (Πρόσβαση στις 21/01/2016)

<https://medlook.net/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%BF%CE%B%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/670.html> (Ανακτήθηκε στις 25/01/2016)

<http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/e-dsm-iv.html> (Πρόσβαση στις 29/01/2016)

<https://medlook.net/%CE%9D%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%BF%CE%B%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/670.html>

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CF%80%CE%BF%CE%BB>

[%CE%B9%CE%BA%CE%AE %CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AE](#) (Ανακτήθηκε στις 31/01/2016)

<http://www.iatronet.gr/symptom-checker/katathlipsi.html> (Ανακτήθηκε στις 31/01/2016)

http://psi-gr.tripod.com/nassa_remeron.html (Ανακτήθηκε στις 31/01/2016)

<http://www.iatropedia.gr/ygeia/pos-therapevete-i-katathlipsi/31879/>
(Ανακτήθηκε στις 31/01/2016)

<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/20033/karkinos-toy-mastoy-xeiroyrgiki-antimetwpisi-neoter-es-exelixeis.html> (Ανακτήθηκε στις 02/02/2016)

<https://www.medlook.net/%CE%95%CE%BD%CE%B4%CE%BF%CE%BA%CF%81%CE%B9%CE%BD%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1/2986.html> (Ανακτήθηκε στις 02/02/2016)

https://www.medlook.net/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82-%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/index.php?option=com_flexicontent&view=item&id=2305 (Ανακτήθηκε στις 03/02/2016)

<http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/28475/synexizontas-ti-zwi-meta-ton-karkino-toy-mastoy.html> (Ανακτήθηκε στις 05/02/2016)

<http://www.iatropedia.gr/ygeia/epireazi-o-karkinos-tou-mastou-to-sex/26696/>
(Τελευταία πρόσβαση στις 05/02/2016)

https://www.medlook.net/%CE%86%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%B5%CF%82-%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/index.php?option=com_flexicontent&view=item&id=678 (Τελευταία πρόσβαση στις 05/02/2016)

<http://www.boro.gr/3638/oi-diafores-stin-andriki-kai-gunaikeia-katathlipsi>
(Πρόσβαση στις 05/02/2016)

<https://www.healthvoucher.gr/ShowPage.aspx?id=20&cat=3> (Ανακτήθηκε στις 05/02/2016)

http://www.almazois.gr/gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=146&Itemid=59 (Πρόσβαση στις 05/02/2016)

<http://www.exe1928.gr/anatomia-fisiologia-mastou/>
(Ανακτήθηκε στις 09/02/2016)

<https://sciencearchives.wordpress.com/2014/12/08/%CF%83%CF%87%CE%AD%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7/> (Ανακτήθηκε στις 9/02/2016)

<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=3447> (Ανακτήθηκε στις 9/02/2016)