

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



Σπουδάστρια: ΦΙΛΙΠΠΙΔΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

Εισηγητής: ΜΑΛΙΟΥΚΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

Πάτρα 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	10
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	13
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	20
1.5 ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ CA ΜΑΣΤΟΥ	24
1.6 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΒΑΘΜΟΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ..	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	30
2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	30
2.1.1 Οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης.....	31
2.1.2 Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	31
2.1.3 Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	33
2.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	34
2.3 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	35
2.4 ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	36
3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	36
3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	37
3.2.1 Θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.....	37
3.2.2 Χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού	38
3.3 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	40
3.4 Πιθανές επιπλοκές της αποκατάστασης.....	43
3.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	44
3.6 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ	45
3.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	45

3.8 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	46
3.9 ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	47
3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	50
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	50
4.2.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.	53
4.2.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	56
4.2.3 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία.....	57
4.2.4 Προεγχειρητική κάλυψη φυσικών αναγκών.....	61
4.2.5 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	62
4.2.6 Ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία.....	63
4.2.7 Νοσηλευτική φροντίδα και νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.	66
4.3 Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού.....	77
4.4 Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο του μαστού	81
4.4.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις στην διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου μαστού	81
4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....	83
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	86
Περιστατικό 1.....	86
Περιστατικό 2.....	90
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	98
Ελληνική:	99
Ξενόγλωσση:	100
Ιστότοποι:.....	102

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα συγγραφή της πτυχιακής εργασίας με θέμα «ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού» έγινε για να υποβληθεί στο τμήμα Νοσηλευτικής της σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος Πατρών. Το ερέθισμα μου δόθηκε από το έντονο ενδιαφέρον που διαθέτω απέναντι σε αυτό τον τομέα της χειρουργικής νοσηλευτικής και από την παρατήρηση και το συμπέρασμα του πόσο μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών με καρκίνο μαστού. Διαπίστωνα ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ιδιαίτερα στη ψυχολογική υποστήριξη και την ολιστική φροντίδα του ασθενούς είναι καταλυτικός και σημαντικότερος. Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος για τη διαφώτιση του κοινού στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου μαστού. Η συγγραφή της παρούσας εργασίας απευθύνεται κυρίως σε νοσηλευτές με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση τους στο τρόπο νοσηλευτικής προσέγγισης προσφέροντας υποστήριξη στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του. Θέλω να πιστεύω ότι με τη λήξη της συγγραφής θα είμαστε όλοι περισσότερο ενημερωμένοι ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα που τυχόν μπορεί να προκύψουν. Τελειώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαλιούκη Μαριάννα για την καθοδήγηση και τις συμβουλές της κατά την εκπόνηση της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι μια συχνή νόσος αφού περίπου μια στις τρεις γυναίκες μπορεί να αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής της. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση βοηθούν στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο καρκίνος μαστού στις ελληνίδες κατέχει τη πρώτη θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο. Ξεκινά από κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου που πολλαπλασιαζόμενο δίνει ένα κακοήθη κυτταρικό κλώνο και τελικά επέρχεται η διασπορά. Η μεταστατική διασπορά που γίνεται μέσω του αίματος πολύ πρώιμα μπορεί να προσβάλει διάφορα όργανα. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παράγοντες κινδύνου και οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού που παίζουν σημαντικό ρόλο για τη διάγνωση. Η κλινική εξέταση που γίνεται για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού από το γιατρό είναι η λήψη καλού ιστορικού, η επισκόπηση και η ψηλάφηση. Σημαντική όμως είναι η εκμάθηση της αυτοεξέτασης που ο ίδιος ο ασθενής ψηλαφάτε και ανακαλύπτει κάποιο τυχαίο εύρημα. Έτσι βοηθάει στη πρώιμη διάγνωση μιας κακοήθειας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Στη υλοποίηση όλων των θεραπευτικών μέσων παίζει σπουδαίο ρόλο η συνεργασία του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής οφείλει να εξηγή στον ασθενή ,να τον ενθαρρύνει και να τον υποστηρίζει στο διάστημα που πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή του στις διαγνωστικές εξετάσεις. Αφού γίνει τελικά η διάγνωση και αποφασιστεί αρχικά η χειρουργική θεραπεία, ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη προεγχειρητική και μετεγχειρητική εξέλιξη του ασθενούς. Ο νοσηλευτής κάνει μια εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου του ασθενούς που του παρέχουν σημαντικά στοιχεία για το άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων. Αφού έχει, αργότερα, αποφασισθεί και το σχήμα της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή για τις αποφάσεις που πάρθηκαν και επίσης τον συμβουλεύει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκύψουν από τη θεραπεία. Όλες αυτές οι μέθοδοι θεραπείας μπορεί να επιφέρουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και τη ψυχοσωματική υγεία του ασθενούς. Γι' αυτό ο νοσηλευτής στην ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει , θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του, το κοινωνικό- μορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης του ασθενούς, την προσδοκώμενη συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή, τη συνεργασία από το δικό του περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου. Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού ως μέλος της υγειονομικής ομάδας είναι πολύτιμος, για τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τη πρώιμη διάγνωση του καρκίνου καθώς και τη καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας.

ABSTRACT

Cancer is a common disease since one out of three women can develop it sometime in their life. Prevention and prompt diagnosis help in its treatment. In Greek women, breast cancer is the leading cause of death from cancer. It begins as a malignant transformation of one cell that when multiplied creates a malignant clone which finally leads to dissemination. The metastatic dissemination that happens through the blood, can affect multiple organs, at a very early stage. Of great interest are the risk factors and predisposing factors for breast cancer that are of importance for the diagnosis. The clinical examination for the diagnosis of breast cancer, involves a good medical history taking by the doctor, the clinical overview and breast palpation. It is very important, though, to know about self examination, a process in which the patient palpates herself and accidentally finds what can later help make an early diagnosis of a malignancy. The therapeutic treatment for cancer is surgery, chemotherapy, hormone treatment and radiotherapy. It is fundamental that the patient cooperates with the nursing personnel in order to achieve the necessary therapeutic treatments. The nurse needs to explain, encourage and support the patient during the stage before she decides to take part in the diagnostic tests. After the diagnosis and the decision of a surgical approach, the nurse has to show special interest in the patient's pre surgical and post surgical progress. The nurse estimates the physical and psychological condition of the patient and thus gets important data on the prompt planning of the nursing care that is to follow. After a chemotherapy pattern has been decided, the nurse informs the patient about any unwanted side effects that can be caused by the treatment. All these treatment methods can be detrimental for the physical and psychological health of the patient. That is why the nurse needs to take under consideration the socio educational status of the patient, the level of awareness of the patient's condition , the anticipated cooperation with the patient herself, the cooperation with the immediate family environment of the patient and the stage of the disease. Last but not least, the role of the nurse, as a member of the health care profession, in the prevention of breast cancer is of great importance, as he not only enlightens the public regarding early prevention of cancer, but also fights against prejudice and illiteracy.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια ιδιαίτερα επώδυνη ασθένεια με σοβαρές συναισθηματικές, ψυχολογικές και οργανικές συνέπειες για τη γυναίκα που τη βιώνει. Επίσης και η διαδικασία της χημειοθεραπείας αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο κατά την οποία ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Ο μαστός αποτελεί ένα αγαπημένο γυναικείο όργανο. Έχει υπάρξει πηγή έμπνευσης για ζωγράφους, γλύπτες, ποιητές, φωτογράφους και σκηνοθέτες. Από την αρχαιότητα αποτέλεσε καλλιτεχνικό αντικείμενο θαυμασμού αλλά και για όλους τους άντρες και έγινε σύμβολο θηλυκότητας για όλες τις γυναίκες. Ο υγιής μαστός καθορίζει την γονιμότητα μιας γυναίκας και δημιουργεί άρρηκτο δεσμό ανάμεσα σε μητέρα και βρέφος. Ωστόσο, πολλές είναι οι φορές που σε μια γυναίκα ο μαστός από σύμβολο θηλυκότητας μπορεί να μετατραπεί σε σύμβολο οδύνης, καθώς φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του γυναικείου σώματος καθώς και πολλές άλλες απλούστερες παθήσεις. Οι παθήσεις του μαστού πλέον αποτελούν ένα σημαντικό και σύνηθες κομμάτι της ιατρικής στην εποχή μας, αφού απασχολούν το ήμισυ σχεδόν του πληθυσμού. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς και είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού, η ανάγνωση του και οι πρωτόγονες προσπάθειες για θεραπεία του, διαφόρων λαών και πολιτισμών, χρονολογικά προηγούνται της θεραπείας νόσων άλλων συμπαγών οργάνων. Ο καρκίνος μαστού με τις αβέβαιες αιτίες και τις συγκεκριμένες θεραπείες, είχαν τραβήξει το ενδιαφέρον ιατρών και ιστορικών για πολλούς αιώνες παρά τις θεωρητικές περιελίξεις και το επιστημονικό ενδιαφέρον αιώνων. Ο μαστός ως διπλό όργανο αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης του σε ασθενείς. Επίσης ως προσάρτημα του δέρματος συνήθως εκθέτει τις διαταραχές του σε θέα ή ψηλάφηση. Η Ιατρική μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρεύοντας κάποιες μορφές καρκίνου όχι όμως και τον προχωρημένο καρκίνο μαστού. Δυστυχώς, δε διαθέτουμε το « χάπι» που θα παίρνει μια γυναίκα την επόμενη μέρα από την διάγνωση του καρκίνου και θα γίνεται καλά. Υπάρχουν αυτή την στιγμή τρόποι να περιοριστεί η μαστιγία, όχι όμως και να λυθεί ριζικά το πρόβλημα, αφού την αιτία του την αγνοούμε. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνων, για τις οποίες ούτε ή άλλως δεν μπορεί η ιατρική να προσφέρει και πολλά θα ήταν δυνατόν να ελαττώσουμε σημαντικά τους θανάτους από καρκίνο του μαστού με έγκαιρη διάγνωση. Ένας παράγοντας στον οποίο η Ευρώπη βρίσκεται στο σωστό δρόμο η Ελλάδα όμως όχι. Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε ογκίδιο που ψηλαφάτε στο μαστό δεν σημαίνει ότι πρόκειται

υποχρεωτικά για καρκίνο, είναι όντως φορές πιθανότερο να πρόκειται για μια συνηθισμένη κακοήθη πάθηση (Φύσσας, 2006).

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

Ο σωστός προσδιορισμός των παραγόντων καρκινογένεσης, πολλοί από τους οποίους σχετίζονται με τον τρόπο διαβίωσής μας κάνει τις σύγχρονες παρεμβάσεις πιο εξειδικευμένες. Αυτό σημαίνει ότι σε μεγάλο βαθμό ο καθένας μας μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή της νόσου ή στην έγκυρη διάγνωσή της. Επομένως, η αποφασιστική μάχη διεξάγεται στην έγκυρη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη), αλλά και στην αναστολή της έναρξης της καρκινογένεσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η ενημέρωση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις δυνατότητες ελέγχου του καρκίνου του μαστού μέσω της πρόληψης και της έγκαιρης ενημέρωσης καθώς και η αντιμετώπισή του on demand. Θα ασχοληθούμε περισσότερο με τις συνέπειες στην ψυχολογία του ασθενή και του νοσηλευτή και τον νοσηλευτικό ρόλο. Η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών στον τρόπο της νοσηλευτικής προσέγγισης της γυναίκας που πάσχει από καρκίνο του μαστού προσφέροντας υποστήριξη στην ίδια, στην οικογένεια στοχεύοντας στην ποιοτική, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Η ασθενής κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής της με μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Γενικό Μέρος



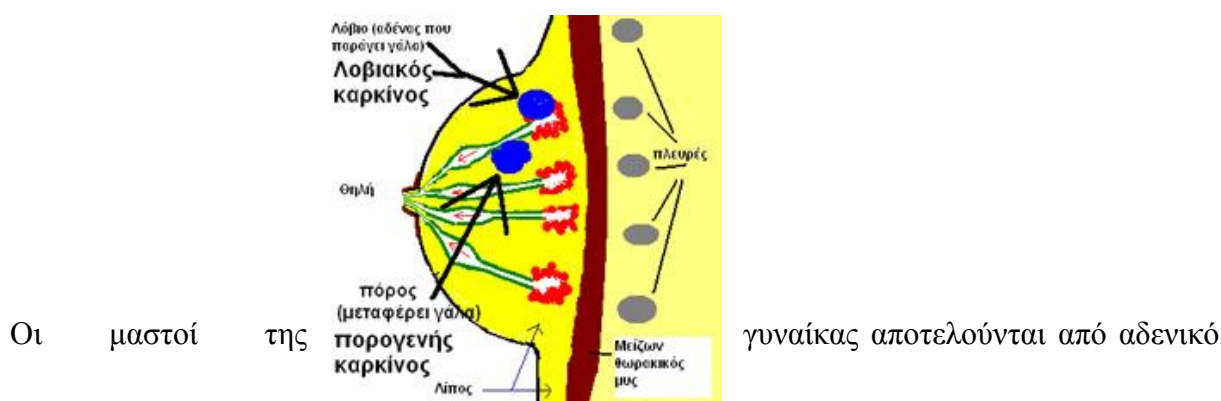
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αναγνώριση της νόσου του καρκίνου και οι προσπάθειες για την θεραπεία του χρονολογούνται από την αρχαιότητα. Χρονολογικά, σε διάφορους λαούς, προηγούνται όλων των άλλων θεραπειών της νόσου σε άλλα συμπαγή όργανα. Το ενδιαφέρον των ιατρών είναι στραμμένο στις καρκινικές νόσους αιώνες τώρα, ψάχνοντας τις αιτίες οι οποίες παραμένουν αβέβαιες και τις θεραπείες οι οποίες είναι συγκεκριμένες . Παρά το ότι διερευνάται έντονα επιστημονικά, ο Ca μαστού παραμένει μια από τις φοβερές ανθρώπινες αρρώστι

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός, το προσφιλέσ στήθος, είναι όργανο διφυές και προβάλλει από την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα δεξιά και αριστερά. Τα όρια του εκτείνονται από την δεύτερη έως την έκτη πλευρά και από την παραστερνική ως τη μέση μασχालιαία γραμμή. Το σχήμα του είναι ημισφαιρικό με κάποια κωνοειδή διαμόρφωση αν και διαφέρει ανάλογα με το στάδιο ζωής της γυναίκας. Όμοια και η σύσταση του είναι σφικτή και ελαστική ή μαλακή και χαλαρή, εξαρτώμενη από την ηλικία. Αδενικός ιστός, εκτεινόμενος από το άνω έξω τμήμα της περιφέρειας του σχηματίζει την «ουρά» του μαστού. Το βάρος του 150 έως 200 γραμμάρια κατά μέσο όρο, και η μέση διάμετρος του 10 ως 12 εκ. Ούτε το μέγεθος, ούτε το βάρος αντανakλούν την εκκριτική ικανότητα του αδένα.



Εικόνα 1

ιστό (εκκριτική μοίρα) και υπόστρωμα. Ο μαζικός αδένας περιλαμβάνει 15-20 ακανόνιστους λοβούς που χωρίζονται μεταξύ τους με πυκνό συνδετικό ιστό και πολύ λιπώδη ιστό. Ουσιαστικά κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένας με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο. Οι εκφορητικοί γαλακτοφόροι πόροι των λοβών έχουν ανεξάρτητη έξοδο ο καθένας στην θηλή του μαστού (Εικ. 1) (Φύσσας 2006). Περαιτέρω τα λόβια υποδιαιρούνται σε πόρους και αδενικά λοβίδια, το σύνολο των οποίων αποτελεί τη τελική πορολοβιακή μονάδα του μαζικού αδένου. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρά υπόκοιλη, επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και σε μεγάλους μαστούς εκτείνεται μέχρι τον πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ. Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένου:

α) Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό, έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Ιδιαίτερα στη θηλή και στη θηλέα άλω, στο χόριο του δέρματος υπάρχουν λείες μυϊκές ίνες, που προκαλούν σκλήρυνση (στύση) των μορφωμάτων αυτών κατά την προστριβή ή το θηλασμό.

β) Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδορίου λίπους και σε αυτό διακρίνουμε μία πρόσθια στιβάδα, από όπου περνούν οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper και μία οπίσθια στιβάδα. Οι σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση διήθησης από καρκίνο χάνουν την ελαστικότητά τους με συνέπεια τη βράχυνσή τους και την εισολκή του υπερκείμενου δέρματος.

γ) Ο μαστικός ή μαζικός αδένας έχει σχήμα δισκοειδές και σε διατομή είναι λευκωπός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό (Δ. Κελλαρτζής 2009) . Οι μύες στην περιοχή του μαστού που έχουν σημασία για τις χειρουργικές επεμβάσεις σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένης και της πλαστικής αποκατάστασης, είναι ο μείζων θωρακικός, ο ελάσσων θωρακικός, ο πρόσθιος οδοντωτός, ο πλατύς ραχιαίος, ο κορακοβραχιόνιος, ο υποπλάτιος, ο έξω λοξός κοιλιακός. Αντίστοιχα, οι περιτονίες που αφορούν την εγχειρητική του μαστού είναι η υποδόρια, η περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός, η περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού, η κορακοπλευρική και η περιτονία της μασχάλης. Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και άνω θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατριπαινόντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία. Το φλεβικό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλεβικοί κλάδοι εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα, ενώ οι εν

τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς προς την έσω μαστική, τη μασχαλιαία και τις μεσοπλευρίες φλέβες. Το λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις, προς τους μασχαλιαίους και προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται σε τρεις ομάδες, τους μασχαλιαίους, τους υπερκλειδίους και τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες της μασχάλης με τη σειρά τους χωρίζονται σε τρία επίπεδα, που έχουν σημασία για το λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής σε περίπτωση καρκίνου¹⁻². Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το 4ο-6ο μεσοπλευρίο νεύρο, το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και απ' το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η θηλή εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια, όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα απτικά σωματίδια του Meissner (Κελλαρτζής 2009).

Οι μαστοί των γυναικών διαφέρουν όσο αυτές μεγαλώνουν και όσο εισέρχονται σταδιακά στην εμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες αλλά και η προγεστερόνη διατηρούν τους μαστούς πυκνούς και αυτό συσχετίζεται με τις περιοδικές μεταβολές που εμφανίζονται σε αυτούς λίγες ημέρες πριν την ωορρηξία μέχρι και την εμμηνορρυσία. Αυτό συμπεριλαμβάνει αύξηση του μεγέθους των μαστών, πόνος και ευαισθησία. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν λίγες ημέρες μετά την έναρξη της εμμηνορρυσίας, είναι απολύτως φυσιολογικά και δεν προκαλούν καμία ανησυχία. Καθώς οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση ο αδενικός ιστός και τα λόβια του μαστού ατροφούν και αντικαθίσταται από λίπος. Έτσι παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας των μαστών που έχει ως συνέπεια τη μεγαλύτερη ευαισθησία της μαστογραφίας στην αντίχνευση του καρκίνου αλλά και την υποχώρηση του πόνου και της ευαισθησίας που εμφάνιζε η γυναίκα κατά την αναπαραγωγική ηλικία.

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαζικοί αδένες αποτελούνται από γαλακτοφόρους πόρους και τελικές πορολοβιακές μονάδες. Κοντά στο στόμιο της θηλής οι γαλακτοφόροι πόροι διαστέλλονται και σχηματίζουν τις λεγόμενες ληκύθους ή γαλακτοφόρα κολποειδή. Οι γαλακτοφόροι πόροι επενδύονται κοντά στα εξωτερικά τους στόμια με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Βαθύτερα στον αδένα, το επιθήλιο γίνεται διαδοχικά λεπτότερο με λιγότερες κυτταρικές στιβάδες και εν τέλει αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή χαμηλών κυλινδρικών κυττάρων (Χατζημπούγιας 2002), (Poggi 2003). Κοντά στα εκκριτικά τμήματα του αδένα (τελικές πορολοβιακές μονάδες), το επιθήλιο γίνεται απλό κυβικό και στηρίζεται πάνω στη βασική μεμβράνη και σε μία ασυνεχή στιβάδα από προσεκβολές μυοεπιθηλιακών

κυττάρων. Στη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου παρατηρούνται μικρές αλλοιώσεις στην ιστολογική δομή αυτών των αδένων, όπως γύρω στο χρόνο της ωορρηξίας υπάρχει πολλαπλασιασμός στα κύτταρα που έχουν οι πόροι και τα εκκριτικά τμήματα (Bates, B.M.D.).

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και, κύρια, σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξελίξεως μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία, αποστολή του, που είναι η γαλουχία. Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων, στο αδενικό επιθήλιο και στο διαμέσο και λιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Και επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενουπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες. Από όλες τις ορμόνες με μαστροτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Μάλιστα τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου, των κυστιδίων και γαλακτοφόρων πόρων, και με την συνδιασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης και της αλακταλβουμίνης. Η προλακτίνη μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό δια μέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Ο

ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων. Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κυρίως για την συνεργική τους δράση με την προλακτίνη. Ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυρεοειδικές ρμόνες θυροξίνη και τριωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένου, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη. Η βιολογική δράση των ορμονών στον μαστό μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, η σχετική προς άλλες ορμόνες αυξομείωση της συγκεντρώσεως μαστοτρόπων ορμονών καθώς και η ποικίλουσα δεκτικότητα του αδένου, όπως καθορίζεται από τις μεταβολές στη διαθεσιμότητα των υποδοχέων του στις διάφορες ορμόνες. Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης είναι η ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή) όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της εκκρίσεως των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

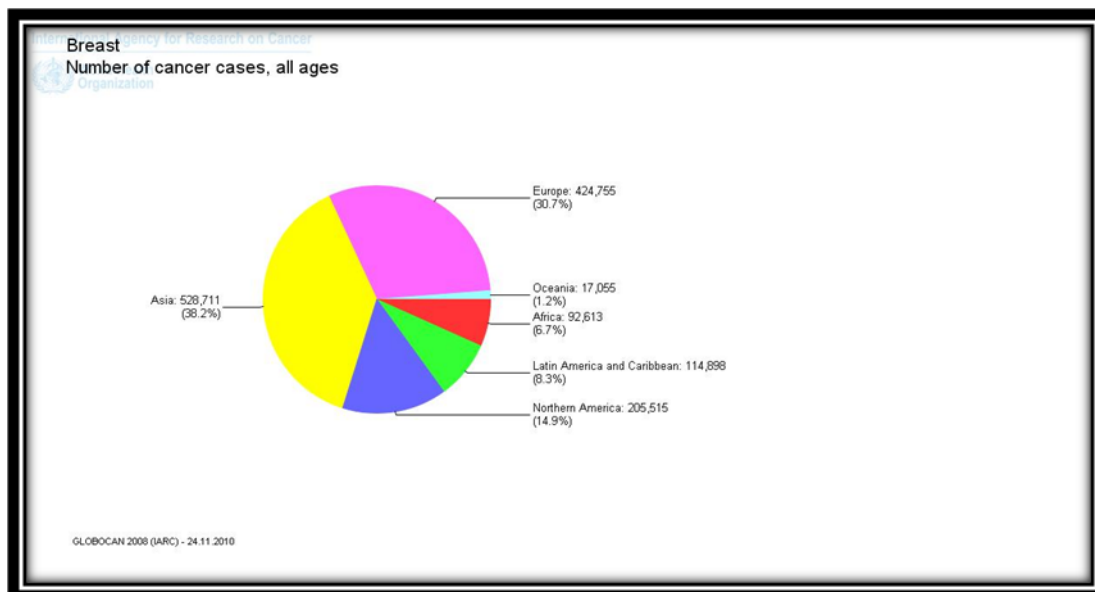
Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με την βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων, από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης, από το ωχρό σωματίο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές και την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και ψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την

εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγεί στον χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία αποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι της καταλήσεως στη γεροντική μορφή του μαστού. Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νεοπαγής ενδοκρινής αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από ροϋπάρχουσες της κύησης ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη), ή από νεοεμφανιζόμενες (πλακουντιακό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Σα συνέπεια αυτών των επιδράσεων ο αδένου αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία του πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός προετοιμάζεται κατά την κύηση λειτουργικά για την παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη, ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσιακής αυτής ορμόνης με την επίδραση του πλακουντιακού οιστρογόνου, αυξάνει από το δεύτερο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωση της να φθάνει από το μέσο της κύησης στο εικοσαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος από τον κατάλληλα προετοιμασμένο αδένου δεν είναι ακριβώς γνωστός. Φαίνεται όμως ότι σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στο αδενικό επιθήλιο του μαστού αφού με την απομάκρυνση του πλακούντα σταματά η παραγωγή και μεταφορά τους στη μητρική κυκλοφορία. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης, που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκριτικά κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και παραμένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Από εκεί απελευθερώνεται στην κυκλοφορία με ανταντακλαστικό μηχανισμό, που ξεκινά από τον ερεθισμό της θηλής κατά τον θηλασμό. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν μερικώς τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους. Αν δεν απομακρυνθεί το γάλα από το χώρο παραγωγής, τότε διακόπτεται η έκκριση του παρά την συνέχιση των ορμονικών επιδράσεων στον αδένου. Όπως έγινε φανερό, η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του

μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένας. Έτσι κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένα. Οι μεταβολές αυτές συνήθως αποτελούν συνοδό εκδήλωσης της ενδοκρινικής διαταραχής, ενίοτε όμως μπορεί να αποτελούν την κύρια ή τη μόνη ένδειξη της διαταραχής και συνήθως έχουν τον χαρακτήρα άκαιρης για την αναπαραγωγική κατάσταση της ασθενούς εξέλιξη. Χαρακτηριστικές μεταβολές είναι εκείνες της πρώιμηςθηλαρχής, του ανδρογεννητικού συνδρόμου, της κυστικής μαστοπάθειας ή της γαλακτόρροιας (έκκριση γάλακτος σε μη έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα). Στην πρώτη περίπτωση, η πρώιμη παραγωγή ορμονών του φύλου οδηγεί σε ανάπτυξη του αδένα σε ηλικία που αυτή δεν αναμένεται. Στη δεύτερη κατάσταση, η ανάπτυξη του αδένα συχνά περιορίζεται από την παρουσία μεγάλης συγκέντρωσης ανδρογόνων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χαμηλή οιστρογονική δραστηριότητα. Στην τρίτη περίπτωση, μια χρόνια διαταραχή της ισορροπίας στην οιστρογόνων προς προγεστερόνης οδηγεί στην εκδήλωση κυστικής μαστοπάθειας. Τέλος, στην τελευταία κατάσταση, παρατεταμένη αύξηση της έκκρισης προλακτίνης είναι δυνατό να συνδέεται με άκαιρη παραγωγή γάλακτος. Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν για τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού αλλά και για τις διαταραχές του, διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένα με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φθάνει σε βαθμό πλήρους και απόλυτης εξάρτησης. Συνεπώς, στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινοπάθεια θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες (Λάγιου, 2008).



Εικόνα 1

Βλέπουμε την συχνότητα του καρκίνου του μαστού το 2008 σε όλον τον κόσμο. Έτσι τα υψηλότερα ποσοστά έχει η Ασία με 38,2%, μετά η Ευρώπη με 30,7% και τελευταία η Ωκεανία με 1,2%. Σημαντική είναι η χαμηλή συχνότητα στην Αφρική όπου υπάρχει αμιγής πληθυσμός μαύρων κατοίκων.

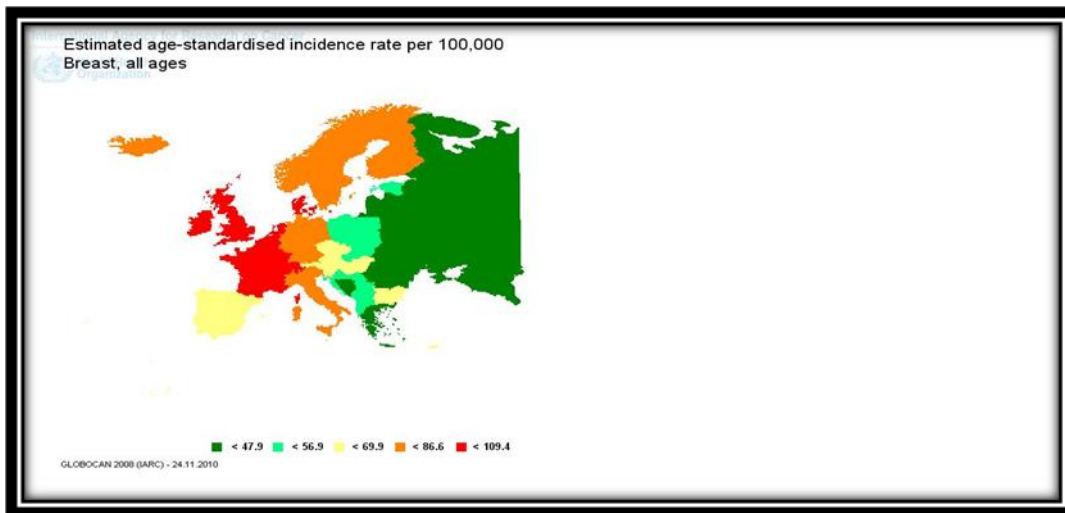
Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία. Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο και μικρο περιβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες (Λάγιου, 2008). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περισσότερες από 216.000 γυναίκες παρουσίασαν Ca μαστού στην Ε.Ε. το 2000 και περισσότερες από 79.000 πέθαναν από τη νόσο (www.medlab.gr). Ο Ca μαστού αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες μεταξύ 35-55 χρόνων. 85% και άνω του καρκίνου μαστού ανακαλύπτεται μετά το 45^ο έτος (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, 2006). Στη βόρεια Ευρώπη και τη Β. Αμερική η επίπτωση είναι περίπου 100 περιστατικά στα 100.000 άτομα (γυναίκες) το χρόνο, ενώ η περίπτωση κάποια γυναίκα να νοσήσει κάποια στιγμή είναι 1:9 γυναίκες. Τα λιγότερα περιστατικά νοσηρότητας παρουσιάζονται στην Ιαπωνία και την Ταϊβάν, όπου έχουμε 15 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος. Στις χώρες της

Ευρώπης οι τιμές βρίσκονται κάπου στο μέσον. Αξίζει να σημειώσουμε ότι συχνά υπάρχουν επιδημιολογικές διαφορές στα περιστατικά μεταξύ ίδιων ή γειτονικών χωρών, κάτι το οποίο παραμένει ανεξήγητο και αξιοπερίεργο. Επίσης διαφοροποιήσεις μπορεί να υπάρξουν και μεταξύ διαφορετικών φυλών σε ομάδες της ίδιας χώρας. Παράδειγμα, η νόσος στις ΗΠΑ παρουσιάζει περισσότερα κρούσματα στους πολίτες της λευκής φυλής, μέτρια στις μαύρης φυλής και περιορισμένα στους πολίτες της κίτρινης φυλής που διαμένουν στη χώρα. Ως προς το φύλο, στους άνδρες είναι πολύ σπάνιο να ανευρεθεί, σε ποσοστό κάτω από 1,0 %. Στις γυναίκες αποτελεί συχνό φαινόμενο παθολογίας των θήλεων. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται ότι οι άγαμες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν καρκίνωμα, ενώ μεταξύ έγγαμων, η συχνότητα υπερτερεί εναντίων των γυναικών που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά.

Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον οι επιδημιολογικές έρευνες όπου έχει αναδειχθεί η θετική συσχέτιση της συχνότητας της νόσου με γυναίκες υψηλού κοινωνικού, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Αυτό πιθανών οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αυτές, λόγω της καριέρας τους έχουν καθυστερήσει να τεκνοποιήσουν.

Ως προς τη θνησιμότητα, όσο περισσότερο νοσηρότητα παρουσιάζεται, τόσο ανεβαίνουν και τα επίπεδα θνησιμότητας. Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες του κόσμου η θνησιμότητα παρουσιάζει σταθερότητα με τάσεις μείωσης λόγω της προόδου που παρουσιάζει η ιατρική επιστήμη όσον αφορά τη νόσο θεραπευτικά αλλά και διαγνωστικά.

Στην Ελλάδα το 2008 ο καρκίνος του μαστού άγγιξε το 82,5 ανά 100.000 γυναίκες και η θνησιμότητα το 18,6. Αυτό αναδεικνύει το ότι η νόσος αποτελεί την πιο συνήθη νεοπλασία στη χώρα στο γυναικείο φύλο, επισημαίνοντας όμως ότι σαν θνησιμότητα η Ελλάδα έχει ενδιάμεση θέση(Εικόνα 2).

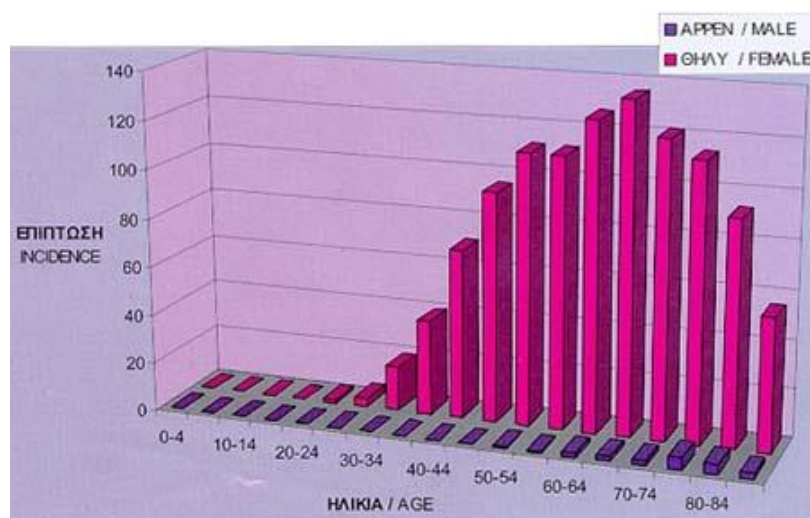


Εικόνα 2

Στην παραπάνω γραφική παράσταση βλέπουμε τον αριθμό των γυναικών με καρκίνο του μαστού/100.000 γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2008 και διαπιστώνουμε ότι η Ελλάδα είναι στα χαμηλότερα επίπεδα, με υψηλότερα αυτά της Γαλλίας, του Βελγίου και του Ηνωμ.Βασιλείου.

Παρακάτω παρατίθεται ιστόγραμμα το οποίο ενισχύει την αυξημένη νοσηρότητα των γυναικών έναντι στα κακοήγη πρωτοπαθή νεοπλάσματα, έναντι των αντρών (Τριχόπουλος 2000). Συχνότητα CA μαστού στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



Ο καρκίνος του μαστού διαγνώσθηκε σε σχεδόν 200.000 γυναίκες στις ΗΠΑ κατά το έτος 2006 αποτελώντας την συχνότερη κακοήθεια στο γυναικείο πληθυσμό. Μια Αμερικανίδα έχει

πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνωμα περίπου 1:10 φορές. Η νόσος έδειξε αυξητικές τάσεις κατά 40% τα έτη μεταξύ 1973 και 1998, ενώ η θνητότητα από καρκίνο του μαστού την ίδια περίοδο εμφάνισε μείωση 20%. Το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης εμφανίστηκε μετά το 1995 λόγω των βελτιωμένων μεθόδων διαλογής, διάγνωσης και αποτελεσματικότερων θεραπειών.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 2005 στις ΗΠΑ, ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρωτιά σε ποσοστό 32% (211.240) στις γυναίκες, αντίστοιχα στους άνδρες το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στον καρκίνο του προστάτη (33%) ,ανάλογο με αυτό του μαστού (AmericanCancerSociety ,Atlanta,GA) . Σε άλλη έρευνα το 2007, επίσης στις ΗΠΑ έδειξε ότι είχαν προσβληθεί 178.480 γυναίκες και 2030 άνδρες (AmericanCancerSociety,2007). Η συσχέτιση των τριών παραπάνω ερευνών δείχνει ότι στην 3ετία που μεσολάβησε (2005-2006-2007), εμφανίζεται σταδιακή μείωση των κρουσμάτων του καρκίνου του μαστού. Η επίπτωση στις λευκές γυναίκες είναι ψηλότερη από ότι στις αφροαμερικανές και τις Ασιάτισσες (AmericanCancerSociety,2003).Η αυξημένη επίπτωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να οφείλεται στην πρόοδο της τεχνολογίας ,η οποία βοηθά να ανιχνεύεται σε πρώιμα στάδια (Dewit, 2009).

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι ασθένεια με σαφή αιτιολογία όπως π.χ. η ηπατίτιδα, η φυματίωση, ο τέτανος κ.α. που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα γνωστά μικρόβια και ιούς, ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτό τον κίνδυνο. Αυτοί είναι δυο ειδών: γενετικοί, που τους μεταφέρουμε μέσα στα κύτταρα μας, και περιβαλλοντικοί, που μας επηρεάζουν μετά την γέννηση μας. Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου, ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες. Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους γενετικούς παράγοντες και τους παράγοντες που αφορούν στον τρόπο ζωής και επηρεάζουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Στον πίνακα 1 εμφανίζονται 25 παράγοντες κινδύνου, η εμπλοκή των οποίων στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού θεωρείται τεκμηριωμένη. Μελετώντας τον πίνακα, διαπιστώνεται ότι πολλοί από τους παράγοντες αποτελούν συνεχείς μεταβλητές. Έτσι, ο βαθμός της συσχέτισης εξαρτάται κατά πολύ από το ποιες υπήρξαν οι συγκρινόμενες ομάδες.

Για παράδειγμα, ο σχετικός κίνδυνος που σχετίζεται με μια πρώτη εγκυμοσύνη σε ηλικία 35 ετών, παρά σε ηλικία <20 ετών, είναι κατά πολύ υψηλότερος από εκείνον που συνδέεται με μια πρώτη εγκυμοσύνη σε ηλικία 25 ετών, παρά σε ηλικία 20 ετών. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού αποτελεί έναν τεκμηριωμένο παράγοντα κινδύνου. Ένας σχετικός κίνδυνος της τάξης του 2,0–3,0 έχει βρεθεί όταν γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού συγκρίνονται με εκείνες των οποίων οι συγγενείς πρώτου βαθμού δεν έπασχαν από την ίδια νόσο. Μεταξύ γυναικών των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, ο οποίος εμφανίστηκε σε νεαρή σχετικά ηλικία, ο σχετικός κίνδυνος είναι σημαντικά υψηλότερος. Υπολογίζεται ότι 5–10% όλων των καρκίνων μαστού μπορεί να αποδοθεί σε μεταλλάξεις υψηλής διαπεραστικότητας. Αυτό το ποσοστό μεταβάλλεται με την ηλικία, με περίπου 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας <30 ετών να αποδίδονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Τα γονίδια *RCA1* και *BRCA2* και μεταλλαγές υψηλής διαπεραστικότητας, όπως αυτές των *p53*, *CHEK2* και *PTEN/MMAC1*, ευθύνονται για σημαντικό ποσοστό του οικογενούς καρκίνου του μαστού, αλλά για μικρό ποσοστό του συνόλου των περιπτώσεων της νόσου. Η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Μια κύηση αυξάνει βραχυπρόθεσμα τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά τον μειώνει σημαντικά μακροχρόνια, πιθανόν εξαιτίας του γεγονότος ότι τα κύτταρα του μαστού γίνονται λιγότερο ευάλωτα στη διαδικασία καρκινογένεσης μετά από την «τελική ιστολογική διαφοροποίηση» που προκαλείται μετά από μία ή περισσότερες τελειόμηνες κυήσεις. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, τόσο πιο παρατεταμένη και έντονη είναι η παρεχόμενη μακροχρόνια προστασία. Μετά από την ηλικία των 35 ετών περίπου μια πρώτη εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, επειδή η βραχυπρόθεσμη αύξηση του κινδύνου στις ηλικίες αυτές υπερκαλύπτει τη μετέπειτα μείωσή του (Adami HO 1998, Trichopoulos 2005, Hankinson S 2002, Lamb E 1994, Trichopoulos D, 1983). Οι τυχόν επόμενες τελειόμηνες κυήσεις έχουν ανάλογες, αλλά ποσοτικά μικρότερες συνέπειες, ενώ οι αποβολές ή οι εκτρώσεις δεν φαίνεται να έχουν οποιαδήποτε επίδραση (Kelsey JL, 1993). Ο θηλασμός παρέχει κάποιο περιορισμένο βαθμό προστασίας, κυρίως πριν από την εμμηνόπαυση (Kelsey, 1993). Όσον αφορά στις ενδογενείς ορμόνες, όλες όσες έχουν μελετηθεί σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (με εξαίρεση την αντιγονεκτίνη) έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Στις ορμόνες αυτές περιλαμβάνονται η ολική και η ελεύθερη οιστραδιόλη, η οιστρόνη, η ανδροστενεδιόνη, η δεϋδροεπιανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και η προλακτίνη. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, τα σχετικά περιορισμένα δεδομένα –λόγω της δυσκολίας εναρμονισμού των

δειγματοληψιών με τον καταμήνιο κύκλο– υποδεικνύουν αύξηση του κινδύνου με αυξημένες τιμές οιστρογόνων και ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (IGF-1) (Hankinson S 2002, Renehan AG 2004). Το μεγαλύτερο ανάστημα έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο της νόσου, ενώ η παχυσαρκία μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά τον αυξάνει σημαντικά στις μετεμμηνοπαυσιακές (Hunter, 1993). Γυναίκες με μαστογραφία στην οποία τουλάχιστον 75% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση εμφανίζουν τετραπλάσιο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, συγκρινόμενες με γυναίκες στις οποίες <25% της επιφάνειας του μαστού έχει πυκνή απεικόνιση. Η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά η αύξηση είναι μικρή. Η καρκινογενετική δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας φαίνεται να είναι ισχυρότερη κατά τη διάρκεια της εφηβείας, παρατήρηση που είναι συμβατή με τη θεωρία μιας περιόδου μεγαλύτερης ευπάθειας στις νεαρές ηλικίες (Hankinson 2002). Η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει επίσης τον κίνδυνο της νόσου, ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιόλαδου, καθώς και η σωματική άσκηση, θεωρείται ότι τον μειώνουν, σε μικρό όμως βαθμό. Δεν έχει διαπιστωθεί σχέση του καρκίνου του μαστού με την έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία ή σε οργανοχλωριούχες ουσίες. Η πρόσφατη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων συνεπάγεται οριακή αύξηση του καρκίνου του μαστού, ενώ, αντίθετα, η μακροχρόνια χρήση μετεμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων, κυρίως σε συνδυασμό με προγεσταγόνα, συνεπάγεται σημαντική αύξηση του κινδύνου (Magnusson, 1999).

Πίνακας 2 : Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού ανά ομάδες κινδύνου		
Ομάδα Υψηλού Κινδύνου (ο σχετικός κίνδυνος είναι τουλάχιστο τετραπλάσιος του λοιπού πληθυσμού)	Ομάδα Μετρίου Κινδύνου (ο σχετικός κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τετραπλάσιος του λοιπού πληθυσμού)	Ομάδα Μικρού Κινδύνου (ο σχετικός κίνδυνος είναι μία με δύο φορές ανώτερος του λοιπού πληθυσμού)
Θήλυ	Συγγενής πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού.	Μέτρια κατανάλωση αλκοόλ
Ηλικία >50 ετών	Υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση	Έναρξη της εμμήνου ρύσεως προ των 12 ετών
Τόπος γέννησης η Βόρεια Αμερική ή η Δυτική Ευρώπη	Παρατεταμένη ωοθηκική λειτουργία (καθυστερημένη πρώτη εγκυμοσύνη, άτεκνη)	Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης;
Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού	Παχυσαρκία μετά την εμμηνόπαυση	Λήψη αντισυλληπτικών;
Οικογενειακό ιστορικό αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού, σε προεμμηνοπαυσιακή συγγενή ή σύνδρομο οικογενειακού καρκίνου	Ατομικό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ή του ενδομητρίου	Διαιτητικοί παράγοντες;
Υπερπλαστική καλοήθης πάθηση των μαστών με ατυπία, ιδίως με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού	Υπερπλαστική καλοήθης νόσος των μαστών, χωρίς ατυπία	

ΠΗΓΗ: Hayes 2002

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος εμφανιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες. Σήμερα, σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν από καρκίνο μαστού 400.000 γυναίκες, κάθε χρόνο. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο με ψηφιακή μαστογραφία έχουν θνησιμότητα 4,7%,

ενώ σε όσες δεν κάνουν μαστογραφία η θνησιμότητα ανέρχεται σε 56%. Η επιβίωση όμως ξεπερνά το 80% και βελτιώνεται συνεχώς λόγω της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου μαστού με την ψηφιακή μαστογραφία και της προόδου των θεραπευτικών μέσων που διαθέτει η ιατρική Επιστήμη (Ελληνική Αντικαρκινική εταιρία) .

Σε γενικές γραμμές η ηλικία αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες πάνω από 65 ετών εμφανίζουν περισσότερο κίνδυνο για τη νόσο από τις γυναίκες 40 ετών. Επίσης το ιστορικό κακοήθειας στο μαστό ή τις ωοθήκες αυξάνει τον κίνδυνο για μετέπειτα καρκίνο στο μαστό. Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας σημαντικός παράγοντας (οι πρώτου βαθμού συγγενείς εμφανίζουν 2-5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό). Σε περιπτώσεις όπου εμφανίζουν κληρονομικό τύπο καρκίνου του μαστού ο σχετικός κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Οι φορείς των γονιδίων παρουσιάζουν πιθανότητες 60-80% να εμφανίσουν καρκίνο (FrankH. Netter 2009).

1.5 ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ CA ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού. Η επιθετικότητα και η πιθανότητα εξάπλωσης των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές του σώματος εξαρτώνται από το συγκεκριμένο τύπο του καρκίνου. Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί- διηθητικοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί- διηθητικοί (σαρκώματα, μελανώματα κλπ.).

Ο μη διηθητικός καρκίνος μαστού περιλαμβάνει το πορογενές καρκίνωμα insitu (DCSI), το οποίο στην πραγματικότητα είναι μια προκαρκινική βλάβη. Οι περιπτώσεις σε ποσοστό 30 % που δεν θεραπεύονται επαρκώς υποτροπιάζουν ή εξελίσσονται σε διηθητικό καρκίνο. Οι περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις διαγιγνώσκονται με μαστογραφία, ενώ το 10% είναι ψηλαφητές. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται ως μάζα, χωρίς πόνο, ενώ στη μαστογραφία ανιχνεύεται με μορφή αποτιτανώσεων , παραμορφώσεων του μαζικού αδένα ή ασύμμετρης μαστογραφικής πυκνότητας. Η κλινική εξέταση ή αυτοεξέταση της γυναίκας μπορούν να ανιχνεύσουν έναν όγκο, μέσω των ευρημάτων όπως υπερκείμενη ρυτίδωση ή εισολκή του δέρματος ή ακόμα ασυμμετρία των δυο μαστών. Κάποιες φορές ο μαστός παρουσιάζει έκκριμα από τη θηλή ή γίνεται αναστροφή αυτής. Σπανιότερα εμφανίζονται αλλοιώσεις φλεγμονώδεις στο δέρμα του μαστού. Από τη στιγμή του προσυμπτωματικού ελέγχου, έχουμε τη δυνατότητα να ανευρίσκουμε όλο και περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου σε

πρώιμο στάδιο, περιορισμένο μόνο στο μαστό στους επιχώριους λεμφαδένες. Λιγότερο από 10% βρίσκονται πλέον περιπτώσεις με καρκίνο ήδη σε μετάσταση . Οι περισσότεροι πρωτοπαθείς διηθητικοί καρκίνοι που αφορούν σε αδενοκαρκινώματα είναι σε ποσοστό 5% σωληναριακού, κολλοειδούς ,βλεννώδους ή μυελοειδούς τύπου, οι οποίοι έχουν και καλύτερη πρόγνωση. Παρακάτω στον πίνακα φαίνεται η συχνότητα ιστολογικών τύπων του καρκίνου του μαστού.

Πίνακας 3: Συχνότητα ιστολογικών τύπων καρκίνου του μαστού			
Επιθηλιακός	Μη Διηθητικός	Μη διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα (DCIS)	20%
		Μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (LCIS)	
	Διηθητικός	Διηθητικό Πορογενές Αδενοκαρκίνωμα (IDC)	52%
		Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (ILC)	10-15%
		Μυελοειδές Καρκίνωμα	6%
		Ραγετ και Φλεγμονώδες Καρκίνωμα	2,3%
		Βλεννώδες Καρκίνωμα	2%
		Σωληνώδες Καρκίνωμα	1,5%
		Αδενοκυστικό Καρκίνωμα	0,4%
		Θηλώδες Καρκίνωμα	0,3%
		Συνδυασμός Διηθητικού Πορογενούς με άλλο είδος αδενοκαρκινώματος	6%
ΜηΕπιθηλιακός	Λειομυοσάρκωμα, Αγγειοσάρκωμα, Ραβδομυοσάρκωμα		0,1%

ΠΗΓΗ: Κεραμόπουλος 2000

ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ

Πορογενές in situ: Κακοήθης νεοπλασία περιορισμένη εντός των γαλακτοφόρων πόρων χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης και του συνδετικού ιστού. Δύναται να εξελιχτεί σε διεισδυτικό καρκίνο. Αποτελεί το 25 – 30% των ιστολογικών τύπων του καρκίνου του μαστού. Το 95% ανακαλύπτονται σε υποκλινικό στάδιο μετά από μαστογραφικό έλεγχο.

Λοβιδιακό in situ: 1% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού είναι λοβιδιακά. Συνήθως παρουσιάζονται πολυκεντρικά και αμφοτερόπλευρα. 20% θα εξελιχτούν σε διεισδυτικό καρκίνο στα 5 χρόνια. Ο Π.Ο.Υ. κατατάσσει τις βλάβες αυτές με τον όρο «LobularIntraepithelialNeoplasia: L.I.N.» ούτως ώστε να αποφεύγεται ο όρος καρκίνωμα για βλάβες οι οποίες θεωρούνται ως παράγοντες κινδύνου εξέλιξης σε διηθητικό καρκίνο. Ο Π.Ο.Υ. (2003), ταξινομεί τις L .I.N. σε τρεις κατηγορίες: LIN1, LIN2, LIN3.

Διηθητικό πορογενές: Το πλέον συχνό διηθητικό καρκίνωμα του Μαστού (80% των περιπτώσεων).

Διηθητικό λοβιδιακό: 10% των περιπτώσεων. Η εξέλιξή του οδηγεί σε σπανίου τύπου μεταστάσεις (ωοθήκης, περιτοναίου, μηνίγγων και οφθαλμών).

Διηθητικό βλενωδές: 2% των περιπτώσεων. Καλής πρόγνωσης. • *Διηθητικό θηλώδες:* 5% των περιπτώσεων. • *Διηθητικό μυελοειδές:* 4% των περιπτώσεων. • *Διηθητικό σωληνώδες:* 1-3%. Συνήθως grade 1, καλής πρόγνωσης. • *Νόσος του Paget:* Συνήθως συνυπάρχει με πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα

ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ

Πρόκειται για σπάνιους όγκους όπως:

Σαρκώματα που προέρχονται από το συνδετικό ιστό του μαστού ή από προϋπάρχοντα φυλλοειδές όγκο. Έχουν κακή πρόγνωση.

Λεμφώματα Δίδουν αρχικά την εικόνα ενός όγκου του μαστού ενώ είναι δυνατόν να αποτελούν μεταστάσεις στο μαστό.

1.6 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΒΑΘΜΟΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο διηθητικός καρκίνος του μαστού κατατάσσεται σε 4 στάδια με βάση το μέγεθός του και την επέκτασή του σε άλλα σημεία και όργανα του σώματος:

Στάδιο I: Ο καρκίνος περιορίζεται στον μαστό και το μέγεθός του δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά. Η πρόγνωση είναι εξαιρετική.

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.

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.

Στάδιο IV: Ο καρκίνος του μαστού έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πρόγνωση είναι κακή.

Η πιο γνωστή μέθοδος σταδιοποίησης είναι το σύστημα TNM της Αμερικανικής Επιτροπής για τον Καρκίνο:

- Το T αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου (Tumor). Παίρνει τιμές από 0 έως 4 και περιγράφει το μέγεθος του όγκου και τη διείσδυσή του στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα κάτω από τον μαστό. Υψηλότερες τιμές του T σημαίνουν μεγαλύτερο όγκο και/ή μεγαλύτερη διασπορά σε ιστούς κοντά στο στήθος.
- Το N αναφέρεται στους λεμφαδένες (LymphNodes). Παίρνει τιμές από 0 έως 3 και δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες κοντά στο στήθος και, σε μια τέτοια περίπτωση, πόσους λεμφαδένες έχει προσβάλλει.
- Το M αναφέρεται στις μεταστάσεις (Metastases). Οι τιμές που παίρνει είναι 0 (απουσία μεταστάσεων) ή 1 (παρουσία μεταστάσεων) και δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε άλλα όργανα, για παράδειγμα τους πνεύμονες ή τα οστά (FrankH. Netter, 2009).

Στη σταδιοποίηση σύμφωνα με την Αμερικανική Επιτροπή Σταδιοποίησης Καρκίνου (ACS 2005), κάθε όγκος χαρακτηρίζεται από έναν κωδικό που αποτελείται από ένα γράμμα και έναν αριθμό. Το γράμμα και ο αριθμός περιγράφουν το μέγεθος του όγκου, εάν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες και την πιθανότητα μεταστάσεων σε άλλη περιοχή του σώματος (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία 2006).

ΣΤΑΔΙΟ 0

Παθολογικά κύτταρα που δεν αντιστοιχούν σε διηθητικό καρκίνωμα (το μη διηθητικό καρκίνωμα συχνά χαρακτηρίζεται ως “in situ”). Υπάρχουν 2 τύποι in situ καρκινωμάτων του μαστού.

ΣΤΑΔΙΟ I.

Πρώιμο στάδιο διηθητικού καρκίνου του μαστού, το οποίο περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες

ΣΤΑΔΙΟ II

Περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες

ΣΤΑΔΙΟ III

Περιλαμβάνει τρεις υποκατηγορίες

ΣΤΑΔΙΟ IV

Μεταστατικός καρκίνος

ΠΗΓΗ: <http://health.in.gr/files/1/2012/09/21/Advanced%20Breast%20Cancer.pdf>

Βαθμοί κακοήθειας καρκίνου μαστού

Ο καρκίνος του μαστού έχει βαθμονομηθεί με βάση τα κυτταρικά του χαρακτηριστικά σε τρεις βαθμούς κακοήθειας (grade):

grade I= χαμηλού βαθμού κακοήθειας

grade II= μέτριου βαθμού κακοήθειας

gradeIII= υψηλού βαθμού κακοήθειας.

Η βαθμονόμηση αυτή δηλώνει την επιθετικότητα του καρκίνου, την πιθανότητα υποτροπής και την πρόγνωση.

Το μέγεθος του όγκου, η παρουσία καρκινικών εμβόλων στα αγγεία που περιβάλλουν τον όγκο, η διήθηση των λεμφαγγείων και τα μη υγιή όρια εκτομής είναι ισχυροί δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες που προκύπτουν από την ιστολογική εξέταση του εξαιρεθέντος καρκίνου. Η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, η διήθηση του δέρματος του μαστού καθώς και η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων είναι επίσης κακοί προγνωστικοί

παράγοντες που σχετίζονται με αύξηση των υποτροπών, και με μικρότερη συνολική επιβίωση.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα εκτιμώμενα νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού για το 2012 σε 7 χώρες, ανά στάδιο κατά την αρχική διάγνωση της νόσου. Παρά τις προόδους που έχουν γίνει σε προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, σχεδόν το 16% των γυναικών διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, ενώ το 5-6% έχουν ήδη καρκίνο Σταδίου IV (μεταστατικό). Και πάλι, αυτά τα νούμερα δεν περιλαμβάνουν γυναίκες οι οποίες είχαν αρχικώς διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού σε πιο πρώιμο στάδιο, ο οποίος εξελίχθηκε σε στάδιο III ή IV. Βάσει διαφόρων δεδομένων και προβλέψεων για το διάστημα 2009-2019, τα νέα περιστατικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού υπολογίζεται ότι αυξάνονται κατά μέσο όρο 1% ετησίως στις χώρες αυτές.

Πίνακας 6: Υπολογισμός του αριθμού των νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού (2012) στις ανεπτυγμένες χώρες, ανά στάδιο αρχικής διάγνωσης (ποσοστό όλων των νέων περιστατικών)				
	Στάδιο I	Στάδιο II	Στάδιο III	Στάδιο IV
ΗΠΑ	108.620 (49,7)	72.180 (33,1)	27.150 (12,4)	10.420 (4,8)
Ευρώπη	100.360 (42,2)	104.570 (44,0)	18.550 (7,8)	14.090 (5,9)
Γαλλία	23.820 (43,7)	25.100 (46,0)	2.510 (4,6)	3.130 (5,7)
Γερμανία	26.180 (38,5)	26.660 (39,2)	10.760 (15,8)	4.370 (6,4)
Ιταλία	20.220 (43,9)	21.140 (45,9)	2.110 (4,6)	2.630 (5,7)
Ισπανία	9.800 (43,6)	10.340 (46,0)	1.040 (4,6)	1.300 (5,8)
Ηνωμ. Βασίλειο	20.340 (43,8)	21.330 (45,9)	2.130 (4,6)	2.660 (5,7)
Ιαπωνία	17.650 (29,6)	31.120 (52,1)	7.170 (12,0)	2.870 (4,8)
Σύνολο	226.630 (44)	207.770 (40,4)	52.870 (10,3)	27.380 (5,3)

ΠΗΓΗ: <http://health.in.gr/files/1/2012/09/21/Advanced%20Breast%20Cancer.pdf>



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Το κυριότερο κομμάτι της αποφυγής μιας νόσου, από όλους τους επιστήμονες, αποτελεί η πρόληψη της. Στις μέρες μας, τα βήματα για την έγκαιρη ενημέρωση και διδασκαλία του κοινού είναι σημαντικά (Αθανάτου,2000). Αναφορικά ,θα αναφερθούμε στα προληπτικά μέτρα που πρέπει να εφαρμοστούν, καθώς είναι θέμα που χρίζει εκτενή ανάλυση για την σωστή εφαρμογή στην κοινωνία. Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε **πρωτογενή** και **δευτερογενή**.

Για την καθυστέρηση της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού (πρωτογενής πρόληψη) είναι καλό να ακολουθούνται οι παρακάτω οδηγίες σχετικά με τον τρόπο ζωής της γυναίκας:

- Περιορισμός της χρήσης αλκοόλ.
- Διακοπή καπνίσματος.
- Άσκηση και διατήρηση καλής σωματικής κατάστασης.
- Αποφυγή παχυσαρκίας, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση.
- Αποφυγή λήψης ορμονικής θεραπείας για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες (λαχανικά, φρέσκα φρούτα, δημητριακά).
- Κατανάλωση ελαιόλαδου το οποίο δρα προστατευτικά κατά του καρκίνου του μαστού.
- Στρατηγικές Πρόληψης που Σχετίζονται με τον Τρόπο Ζωής
- Απευθυνθείτε στον γιατρό σας σε περίπτωση που ανακαλύψετε κάποιο συμπαγές ογκίδιο ή κάποιο από τα προειδοποιητικά σημεία του καρκίνου του μαστού, ιδιαιτέρως αν οι αλλοιώσεις επιμένουν μετά από έναν εμμηνορροϊκό κύκλο ή αλλάζουν την εμφάνιση του μαστού.
- Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ σε λιγότερο από δύο ποτά την ημέρα.



- Διατηρήστε φυσιολογικό βάρος, ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση.
- Αποφύγετε την μακρόχρονη ορμονοθεραπεία, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.
- Παραμείνετε σωματικά δραστήριες, τουλάχιστον 30 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.
- Καταναλώνετε τρόφιμα υψηλά σε περιεκτικότητα φυτικών ινών, όπως είναι τα φρέσκα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά.
- Χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο γιατί το ελαϊκό οξύ φαίνεται ότι καταστέλλει τη δράση του σημαντικότερου ογκογονιδίου του μαστού.

2.1.1 Οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης

Η μαστογραφία έχει τη δυνατότητα αποκάλυψης του καρκίνου του μαστού σε στάδιο που κλινικά δεν ανιχνεύεται. Στις γυναίκες 50-59 ετών, με τη μέθοδο αυτή σε ετήσιο προληπτικό έλεγχο ελαττώθηκε κατά 25-35% η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού, όπως φάνηκε από διάφορες στατιστικές μελετών ελέγχου σε αρκετές χώρες.

Παρόμοια περίπου αποτελέσματα αναφέρονται και για τις γυναίκες 50-69 ετών. Στις γυναίκες υψηλού κινδύνου (οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού) μπορεί να γίνει με ειδική τεχνική, έκπλυση των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού μέσω της θηλής και αναζήτηση στο έκπλυμα άτυπων κυττάρων, που προοιωνίζουν την πιθανή ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε 8-10 χρόνια (<http://www.healthpages.gr>).

2.1.2 Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Οι παράγοντες που συσχετίζονται επιδημιολογικά με τον καρκίνο του μαστού, μπορούν να διακριθούν σε «εξωγενείς» και «ενδογενείς». Οι εξωγενείς προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ οι ενδογενείς από τον ίδιο τον οργανισμό της ασθενούς. Έτσι, οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού κινούνται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες: α) την ελαχιστοποίηση της έκθεσης του ατόμου σε εξωγενείς παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης και β) την τροποποίηση διάφορων ενδογενών παραγόντων, κυρίως ορμονικών παραμέτρων και παραγόντων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Για αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, χωρίς ωστόσο να έχει περιγραφεί ξεκάθαρα κάποιος παθοφυσιολογικός μηχανισμός ή χωρίς να υπάρχει κάποια πολύ ισχυρή συσχέτιση σε όλες τις επιδημιολογικές μελέτες, έχουν ενοχοποιηθεί το κάπνισμα και η κατανάλωση

οινοπνεύματος. Αντίθετα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρακάτω παράγοντες πιθανότατα μειώνουν τον κίνδυνο: η βιταμίνη Α και γενικά τα ρετινοειδή, η κατανάλωση ελαιόλαδου, καθώς και η κατανάλωση σόγιας στη Νοτιοανατολική Ασία.. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η διακοπή του καπνίσματος, η κατανάλωση οινοπνεύματος με μέτρο, η τακτική σωματική άσκηση, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, η δίαιτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά και η λήψη τροφών όπως το ελαιόλαδο και τα προϊόντα σόγιας είναι μέτρα που δρουν θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.. Η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και για αυτό το λόγο θα πρέπει να προλαμβάνεται. Άτομα που επιβίωσαν μετά από τη ρίψη των δύο ατομικών βομβών στην Ιαπωνία το 1945 και άτομα που εκτέθηκαν σε μεγάλες δόσεις θεραπευτικής ακτινοβολίας στο θώρακα για την αντιμετώπιση καλοήθων ή κακοήθων παθήσεων, όπως για παράδειγμα νόσο Hodgkin, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν η έκθεση συμβεί κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής. Υπογραμμίζεται πάντως το ότι η δόση της θεραπευτικής ακτινοβολίας είναι εκατοντάδες φορές μεγαλύτερη από ό,τι η δόση ακτινοβολίας της μαστογραφίας και το ότι η ακτινοθεραπεία μετά από τοπική εκτομή καρκίνου μαστού δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο δεύτερου καρκίνου του μαστού ή άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Ως προς τις διάφορες ορμονικές παραμέτρους και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, έχει αποδειχθεί καλύτερη η τεκνοποίηση πριν από την ηλικία των 30 ετών από ό,τι η ατοκία ή η τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται και ο μητρικός θηλασμός. Ανάμεσα στη λήψη από το στόμα αντισυλληπτικών δισκίων και στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρός συσχετισμός . Αντίθετα, σχετικά πρόσφατα στοιχεία μεγάλων μελετών για την ορμονική θεραπεία μετά την εμμηνόπαυση έδειξαν ότι ο συνδυασμός οιστρογόνου- προγεσταγόνου και σε μικρότερο βαθμό η θεραπεία με οιστρογόνα μόνο αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Έτσι, με βάση τα σημερινά δεδομένα, η ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να εξατομικεύεται (Ζαφράκας 2009).

Εκτός από τα παραπάνω, η πρωτογενής πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού αφορά και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο, τα οποία θα απευθύνονται σε άτομα ή ομάδες και θα εστιάζουν στη σημασία της πρόληψης, στην κατανόηση της ασθένειας και στα οφέλη της πρώιμης διάγνωσης (KhatibMN,2006). Πιο συγκεκριμένα, η αγωγή υγείας, ως εκπαιδευτική διαδικασία μέσα από διαπροσωπική επαφή κυρίως, ενημερώνει τον πληθυσμό για το συγκεκριμένο καρκίνο και αποσκοπεί στην αλλαγή

συμπεριφοράς, στην αύξηση συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας (WHO 2007). Επίσης η συμβουλευτική, ως μια πιο προσωπική και εμπιστευτική διαδικασία, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας, προσφέρει την αναγκαία γνώση για τον καρκίνο του μαστού και βοηθάει τις γυναίκες στη λήψη αποφάσεων που έχουν αν κάνουν με την υγεία τους.

2.1.3 Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποτιτανώσεων στο μαστό. Υπολογίζεται, ότι παθολογικές μικροαποτιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30-40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και σε ως και 90% των καρκινωμάτων *in situ* του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Πράγματι, υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί ως και 30-50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος *in situ*, επιτρέπει και τη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε πρωιμότερα στάδια από ό, τι άλλες μέθοδοι. Σε όλο το δυτικό κόσμο γίνεται γενικά αποδεκτό ότι η μαστογραφία ως μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών σε ετήσια βάση, ενώ για τις ηλικίες 40-50 δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το μεσοδιάστημα ανάμεσα σε δύο μαστογραφίες. Οι λόγοι για αυτό είναι κατά βάση πολιτικοοικονομικοί και όχι επιστημονικοί, δεδομένου ότι η προληπτική μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες 40-50 ετών αποδεδειγμένα μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, ανεξάρτητα από το όποιο κόστος για το σύστημα υγείας. Έτσι, σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας κατά του Καρκίνου (American Cancer Society-ACS), του Αμερικανικού Κολλεγίου Ακτινολογίας (American College of Radiology-ACR) και του Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου κατά του Καρκίνου (National Cancer Institute-NCI), όλες οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε προληπτική μαστογραφία σε μεσοδιαστήματα ενός έτους 41-44. Η μαστογραφία ως διαγνωστική μέθοδος έχει ευαισθησία περίπου 90%. Έτσι, υπολογίζεται ότι με την πραγματοποίηση ετήσιας προληπτικής μαστογραφίας περίπου 20% των καρκινωμάτων θα ανακαλυφθεί στο μεσοδιάστημα, ενώ με μεσοδιαστήματα δύο ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 35-40%. Η

ευαισθησία της μαστογραφίας είναι υψηλότερη σε μαστούς πλούσιους σε λίπος, ενώ όσο αυξάνεται η πυκνότητα του μαστού, όπως συμβαίνει σε νεαρές ηλικίες και σε γυναίκες με μαστοπάθεια τόσο μειώνεται η ευαισθησία της μεθόδου. Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία ξεκινά μετά την ηλικία των 40 ετών είναι η χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου και ο πολύ χαμηλός επιπολασμός της νόσου στις νεότερες γυναίκες. Μαστογραφία θα πρέπει κατ' εξαίρεση να πραγματοποιείται σε μικρότερη ηλικία στις παρακάτω περιπτώσεις:

1) Όταν πρόκειται για τη λεγόμενη «μαστογραφία βάσης» ή «μαστογραφία αναφοράς», που πραγματοποιείται στο γενικό πληθυσμό στην ηλικία των 35 ετών, για να αποτελέσει το μέτρο ή τη βάση σύγκρισης για τις μεταγενέστερες μαστογραφίες.

2) Όταν υπάρχουν κλινικά ευρήματα, οπότε η μαστογραφία πραγματοποιείται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών για διαγνωστικούς λόγους.

3) Όταν πρόκειται για γυναίκες με αποδεδειγμένο οικογενή καρκίνο μαστού / ωοθηκών, τότε ο ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος θα πρέπει να ξεκινά σε νεότερη ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί σημαντικά η τεχνολογία της ψηφιακής μαστογραφίας. Η ψηφιακή μαστογραφία έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: α) τη δυνατότητα ψηφιακής αρχειοθέτησης και μετάδοσης των εικόνων σε χαμηλό κόστος, β) την εκμηδένιση διαφόρων artifacts, όπως είναι η σκόνη στα κλασικά φιλμς μαστογραφίας, γ) το γεγονός ότι ο χρόνος συμπίεσης του μαστού είναι βραχύτερος, κάτι που κάνει την εξέταση περισσότερο αποδεκτή από την εξεταζόμενη, δ) τη δυνατότητα απεικόνισης σε μεγέθυνση, χωρίς την ανάγκη λήψης νέας εικόνας, ε) τη μεγαλύτερη ευκρίνεια στην απεικόνιση του δέρματος, και σε μαστούς με προθέσεις σιλικόνης, στ) την ανίχνευση βλαβών με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (ComputedAidedDetection–CAD) και ζ) την ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας (τομοσύνθεση) (Ζαφράκας 2009).

2.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το στάδιο του καρκίνου θεωρείται ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας. Όσο πιο αρχικό είναι το στάδιο τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Σημαντικό όμως ρόλο παίζει και το μέγεθος του όγκου. Αν είναι μεγαλύτερο από 2 εκ. τότε η πρόγνωση είναι κακή. Η διήθηση των λεμφαδένων μπορεί να μειώσει την 5ετή επιβίωση από 80% σε 60%. Η αιματολογική διασπορά, δηλαδή εάν έχουμε επέκταση του καρκίνου και σε άλλα όργανα καθιστά την πρόγνωση πολύ κακή και η 5ετής επιβίωση αφορά μόνο το 10% των περιπτώσεων. Τέλος, ο

βαθμός κακοήθειας ενός καρκίνου, ο οποίος εκτιμάται σε ιστολογικό επίπεδο (και μας δίνει 3 βαθμούς κακοήθειας), παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση και μας δίνει πολλά στοιχεία(www.medlab.gr).Γενικότερα, όσο πρωιμότερο είναι το στάδιο ανίχνευσης του καρκίνου, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση της νόσου, εφόσον είναι αποτελεσματικότερη η θεραπευτική αντιμετώπιση σε πρώιμα διαγνωσμένους καρκίνους (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία 2006).

2.3 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Το μέγεθος του όγκου.
- Λεμφαδενικές μεταστάσεις (η παρουσία, ο αριθμός, το μέγεθος και η καθήλωση διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων).
- Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου.
- Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων (όταν υπάρχει, αποτελεί ευνοϊκότερο σημείο πρόγνωσης).
- Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων.
- Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση (Κονιάρη 1991), (ACS 2005).

2.4 ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- Ρυθμός αύξησης του όγκου.
- Απάντηση στην θεραπευτική αγωγή.
- Αντίσταση του οργανισμού.
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς (Κονιάρη 1991), (ACS 2005).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Άλλες σημαντικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού αφού έχει καθοριστεί το στάδιο της νόσου, δηλαδή εάν είναι περιορισμένη στην περιοχή του μαστού, εάν έχει διηθήσει γειτονικούς ιστούς ή έχει εξαπλωθεί σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος περιλαμβάνουν:

- Βιοψία φρουρού λεμφαδένα (κατά τη χειρουργική επέμβαση), η οποία δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες
- Υπολογιστική τομογραφία, η οποία δείχνει πιθανή μετάσταση του καρκίνου, πχ στους πνεύμονες ή το ήπαρ
- Σπινθηρογράφημα οστών, που δείχνει εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί στα οστά.
- Το υπερηχογράφημα .Θεωρείται εξέταση συμπληρωματική στη μαστογραφία. Μπορεί να διακρίνει μεταξύ ενός συμπαγούς όζου και μιας κύστης (Φύσσας 2006).
- Η μαγνητική τομογραφία .Η διαγνωστική ακρίβειά της είναι καλύτερη εκείνης της μαστογραφίας. Το υψηλό όμως κόστος και η πολυπλοκότητα της πραγματοποίησής της, καθιστούν την ευρεία χρήση της προβληματική (Wymelenberg 2004).
- Η παρακέντηση. Με μια ειδική βελόνα ο γιατρός παρακεντά τον όζο και συλλέγει τα κύτταρά του. Τα κύτταρα αυτά αργότερα εξετάζονται στο μικροσκόπιο και έτσι μπορεί να διαγνωστεί η πάθηση του μαστού.
- Οι καρκινικοί δείκτες. Πολλές φορές οι καρκίνοι εκκρίνουν κάποιες ουσίες στην κυκλοφορία οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν με ειδικές εξετάσεις. Οι ουσίες αυτές ονομάζονται καρκινικοί δείκτες. Στο καρκίνο του μαστού βρίσκονται οι δείκτες CA₁₅₋₃ και CEA. Αυτοί οι δείκτες δεν ενδείκνυνται για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αλλά βοηθούν στην παρακολούθηση ασθενών που νόσησαν και υποβλήθηκαν σε θεραπεία και στην οποία πριν από αυτήν είχαν υψηλές τιμές (Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία 2004).

3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.2.1 Θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

Οι θεραπείες για τον καρκίνο εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου και δε μπορούν να ληφθούν μεμονωμένες αποφάσεις για την εκάστοτε αντιμετώπιση.

Βιοψία: Είναι ο ισοδύναμος όρος με την ογκεκτομή ,κατά την οποία αφαιρείται όλος ο μακροσκοπικά ορατός /ψηλαφητός όγκος .Μετά την εμπεριστατωμένη μελέτη της σημασίας της αφαίρεσης του όγκου επί των «υγιών ορίων» ,στη πράξη έχει αντικατασταθεί από την ευρεία τοπική εκτομή (Μαρκόπουλος Χ, 2007).

Συντηρητική εκτομή: Είναι η εκτομή ενός κακοήθους όγκου μαστού. Στόχος του χειρουργού είναι να αφαιρέσει ολόκληρο τον όγκο μαζί με ένα τμήμα υγιούς ιστού γύρω από τον οποίο δεν πρέπει να ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα στο μικροσκόπιο (Κονιάρη 1991).

Τεταρτεκτομή: Αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού, στο οποίο είναι ο καρκίνος, επιτυγχάνοντας ευρύτατα «υγιή όρια» εκτομής (Μαρκόπουλος Χ, 2007).

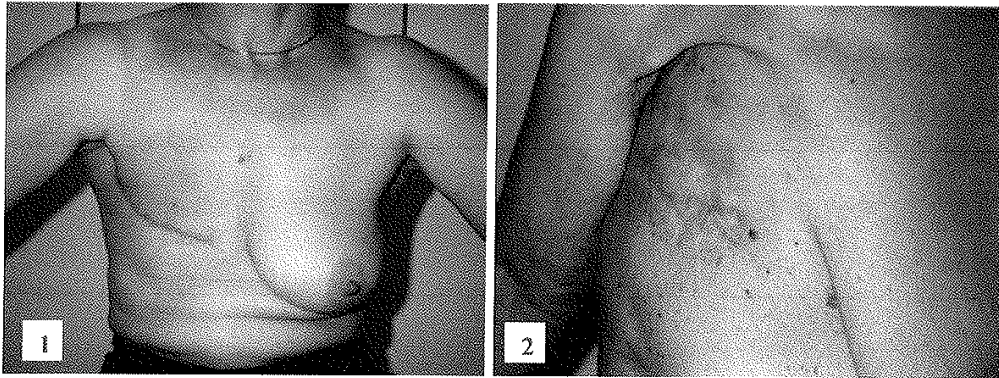
Ριζική μαστεκτομή : Παραδοσιακά συμπεριελάμβανε την εκτομή όλου του μαστού και των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Στην εγχείριση, γνωστή ως Halstead ,απομακρύνονταν όλο το μέρος του μαστού, τα περιεχόμενα της μασχάλης και οι θωρακικοί μύες. Η ευρεία ριζική μαστεκτομή ήταν μια λογική διεύρυνση της ριζικής μαστεκτομής η οποία επέφερε πιο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό . Εντούτοις ,η νοσηρότητα ήταν αυξημένη, χωρίς ιδιαίτερα πλεονεκτήματα στην επιβίωση και τον τοπικό έλεγχο της νόσου και κατά συνέπεια οι επεμβάσεις αυτές έχουν καταργηθεί (FarquarsonM., MoranB,2009).

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Σήμερα χρησιμοποιείται η κατά Patey ριζική μαστεκτομή, η οποία απλά περιγράφεται ως ολική μαστεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης και διατήρηση του θωρακικού μύος (FarquarsonM., MoranB,2009). Πραγματοποιείται στο 2^ο στάδιο όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεγαλύτερος από 4 cm. Η επέμβαση αυτή εκτελείται σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο μαστού (Πετρίδης 2001).

Απλή ολική μαστεκτομή : Σ' αυτή την επέμβαση ο χειρουργός αφαιρεί ολόκληρο το μαστικό αδένιο και όχι τους λεμφαδένες ή τους υποκείμενους μύες (FarquarsonM., MoranB, 2009).

Μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος : Σε αυτή την περίπτωση αφαιρείται το σύμπλεγμα θηλής-άλω, όλος ο μαζικός αδένας μαζί με το περιεχόμενο της μασχάλης ,διατηρείται όμως μεγάλο τμήμα του υπερκείμενου δέρματος του μαστού και απαιτείται μόνον ένα μικρό μόσχευμα για να καλυφθεί το έλλειμα της περιοχής θηλής –άλω. Η αποκατάσταση σε αυτή την περίπτωση γίνεται με μυοδερματικό κρημνό ή πρόσθεση σιλικόνης και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι πολύ καλό (Μαρκόπουλος Χ, 2007).

Υποδόριος μαστεκτομή: Κατά την υποδόρια μαστεκτομή το υπερκείμενο δέρμα αποχωρίζεται από τον μαστό και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαστικός αδένας έως και την «ουρά» του μαστού. Παραμένει ένα μικρό τμήμα του αδενικού ιστού κάτω από το σύμπλεγμα θηλής- άλω, με σκοπό να διαφυλαχθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί τυχόν νέκρωση(Μαρκόπουλος Χ, 2007).



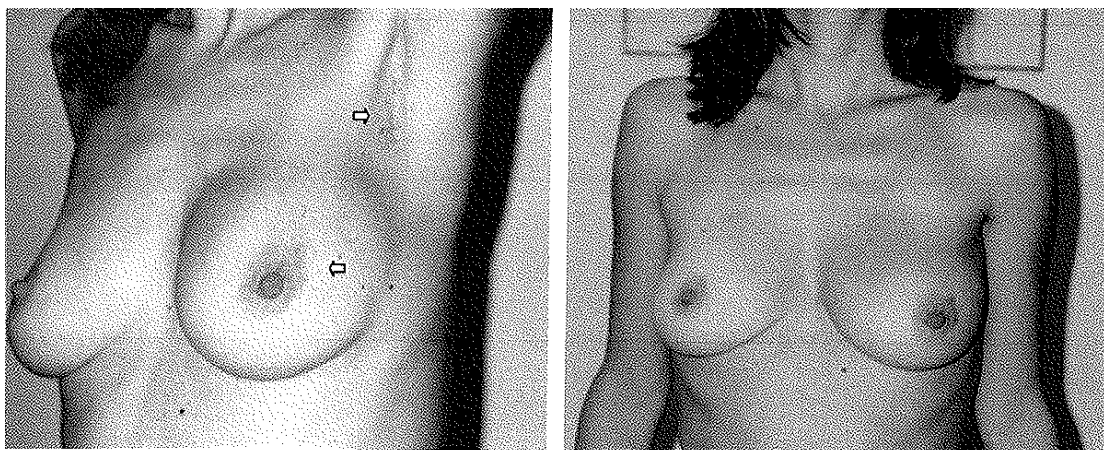
Τελικό αποτέλεσμα **απλής** (1) και **ριζικής μαστεκτομής** (2).

Στη δεύτερη περίπτωση παρατηρείται αρκετού βαθμού δυσμορφία από την αφαίρεση του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.

3.2.2 Χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού

Είναι γνωστές ως συντηρητικές επεμβάσεις και ο όρος αναφέρεται στην ευρεία τοπική εκτομή του όγκου και την τεταρτεκτομή, οι οποίες συνδυάζονται με πλήρη ή μερική αφαίρεση των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης ή την τεχνική του φρουρού λεμφαδένα.

Έχουν κυριαρχήσει σε σχέση με τη μαστεκτομή, γιατί διατηρούν το μαστό και έχουν καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και συνδυαζόμενες με ακτινοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξ ίσου καλά αποτελέσματα με την μαστεκτομή, όσον αφορά την τοπική υποτροπή και τη συνολική επιβίωση (Μαρκόπουλος Χ, 2007).



*Αισθητικό αποτέλεσμα ευρείας ογκεκτομής και αφαίρεσης μασχαλιαίων λεμφαδένων.
Αισθητικό αποτέλεσμα ένα χρόνο μετά και την Ακτινοθεραπεία.*

Ακτινοθεραπεία: Οι ακτινοβολίες χρησιμοποιούνται για να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα στον εναπομείναντα ιστό του μαστού, στο θωρακικό τοίχωμα ή στους υποβραχιόνιους λεμφαδένες. Σήμερα, η τεχνολογία αυξάνει τη δυνατότητα στόχευσης της ακτινοθεραπείας με ακρίβεια μείωσης των παρενεργειών της. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία για τη βελτίωση της μακροπρόθεσμης επιβίωσης σε γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες για τη νόσο (Osborn, Wraa, Watson2013).

Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία είναι μια συστηματική μέθοδος που καταστρέφει καρκινικά κύτταρα που μπορεί να έχουν μεταναστεύσει σε άλλα σημεία του σώματος. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για να μειώσει το μέγεθος ενός όγκου ώστε να αποτρέψει μια πιο συντηρητική ,παρά ριζική προσέγγιση από ότι η χειρουργική επέμβαση (Osborn, Wraa, Watson 2013).

Ορμονοθεραπεία: Χρησιμοποιείται για να εμποδίσει τις επιδράσεις των οιστρογόνων στην ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων στο μαστό. Η ταμοξιφαίνη (tamoxifen), είναι το συνηθέστερο φάρμακο για τον καρκίνο του μαστού , αφού αναστέλλει την ικανότητα του όγκου να αξιοποιήσει τα οιστρογόνα ,τόσο σε προεμμηνοεπαυσιακές όσο και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες . Άλλα φάρμακα είναι οι αναστολείς αρωματάσης και τα ανάλογα της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (Osborn, Wraa, Watson 2013).

Κριτήρια επιλογής ασθενών για συντηρητική χειρουργική επέμβαση

- 1. Μέγεθος όγκου :** κυρίως όγκοι <3 εκ.
- 2. Μέγεθος μαστού :** κατάλληλο για καλό αισθητικό αποτέλεσμα
- 3. Θέση του όγκου :** δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα
- 4. Όρια εκτομής :** - ευρεία εκτομή του όγκου (WLE) με μικροσκοπικά 'ελεύθερα όρια' ή Τεταρτεκτομή (Quadrantectomy)
- απουσία εκτεταμένης ενδοπορικής επέκτασης του όγκου (extensive in situ component)
- 5. Απουσία κλινικής και μαστογραφικής πολυκεντρικότητας**
- 6. Μαστογραφικός τύπος :** σχετική αντένδειξη οι πυκνοί μαστοί τύπου DY και η παρουσία διάσπαρτων μικροαποπιτανώσεων
- 7. Απουσία ιστορικού χορήγησης Ακτινοθεραπείας** (πχ. Νόσος Hodgkin)
- 8. Ενημέρωση** (αναγκαιότητα ακτινοθεραπείας, επιπλοκές, μικρή πιθανότητα τοπικής υποτροπής) **και Επιθυμία της Ασθενούς.**

ΠΗΓΗ: Μαρκόπουλος Χ, 2007

3.3 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Καθώς σήμερα αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που μπορεί να θεραπευτεί από τον καρκίνο του μαστού χωρίς μαστεκτομή, οι γυναίκες που πρέπει να υποβληθούν σε μαστεκτομή συνήθως μετά προχωρούν σε αποκατάσταση του μαστού. Αυτή μπορεί να εφαρμοστεί είτε στην αρχική μαστεκτομή ή μετά από χρόνια. Στην πρώτη περίπτωση που γίνεται η ανάπλαση ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή η γυναίκα έχει το πλεονέκτημα να ξυπνήσει μετά το χειρουργείο και να έχει πάλι δυο μαστούς, έχοντας τον καινούργιο μαστό στη θέση του παλιού(Σαπουντζή-Κρεπιά 2004).Η αποκατάσταση λοιπόν, του πιο ευγενούς γυναικείου οργάνου, αποτελεί μια από τις κατ'εξοχήν, επανορθωτικές επεμβάσεις που ανέπτυξε η Πλαστική Χειρουργική. Πριν ανακαλυφθούν οι επανορθωτικοί μέθοδοι για αποκατάσταση του μαστού, οι γυναίκες υφίσταντο μέσω του εκλείποντας μαστού την συνεχή υπενθύμιση της απειλητικής για τη ζωή τους νόσο. Αυτό προκαλούσε κατάθλιψη, ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, και αίσθημα απώλειας και σωματικής αναπηρίας. Η εξωτερική πρόθεση που συχνά τοποθετούσαν δεν ήταν αρκετή, για να μειώσει αυτά τα συναισθήματα. Επιπλέον ήταν δύσκολη στην εφαρμογή και δημιουργούσε προβλήματα, κατά τις αθλητικές και άλλες δραστηριότητες. Σήμερα, υπάρχουν αρκετοί τρόποι για την αποκατάσταση του

αφαιρεθέντος μετά μαστεκτομή, μαστού στη γυναίκα. Ο στόχος της αποκατάστασης, είναι να δημιουργηθεί ένα αντίγραφο μαστού, ισοδύναμου όγκου και συμμετρίας με εκείνο του ετερόπλευρου μαστού που να περιέχει επίσης σύμπλεγμα θηλής – άλω. Ο ακρωτηριασθής μαστός μπορεί να αποκατασταθεί με πολλούς τρόπους. Δεν μπορεί βέβαια κανένας από αυτούς τους τρόπους να δώσει ένα λειτουργικό μαστό, δηλαδή ένα μαστό που μπορεί να θηλάσει, μπορεί όμως να προσφερθεί στη γυναίκα αυτή η ψυχική ανάταση που της είναι απαραίτητη όταν θα κοιτάζεται στον καθρέφτη ή στην επαφή της με τα άτομα του περιβάλλοντός της.

Οι κύριοι τρόποι αποκατάστασης μαστού χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

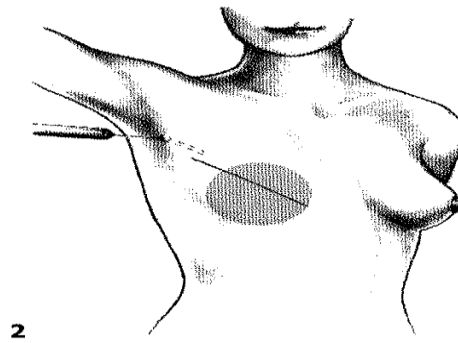
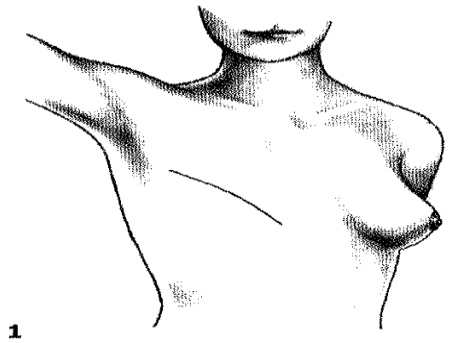
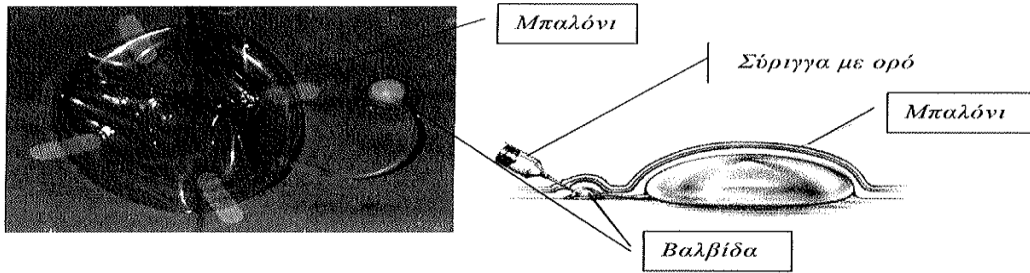
- **Με τη χρήση ενθεμάτων** (σιλικόνης ως επί το πλείστον).

Η ανάπλαση με αυτή τη διαδικασία, είναι συνήθως χρονοβόρα. Μετά την μαστεκτομή ,τοποθετείτε ένας διαταντήρας ιστού κάτω από το δέρμα και τους μύες στη γύρω περιοχή, ώστε να επεκταθούν και το δέρμα να αποκτήσει μια θήκη για την επικείμενη τοποθέτηση εμφυτεύματος. Ο διαταντήρας αυτός του ιστού γεμίζει ελάχιστα με ορό κατά την εισαγωγή και σταδιακά γεμίζει με εβδομαδιαίες ενέσεις φυσιολογικού ορού, ο οποίος εισάγεται μέσω μιας βαλβίδας αυτόματου κλεισίματος που βρίσκεται στον διαταντήρα. Αυτό συμβαίνει για να επεκταθεί το δέρμα και ο ιστός έως το επιθυμητό μέγεθος. Όταν αυτό συμβεί αφαιρείται ο διαταντήρας και εισάγεται το ένθεμα μόνιμα (Osborn, Wraa, Watson 2013).

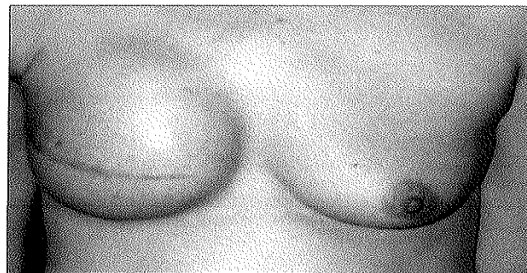
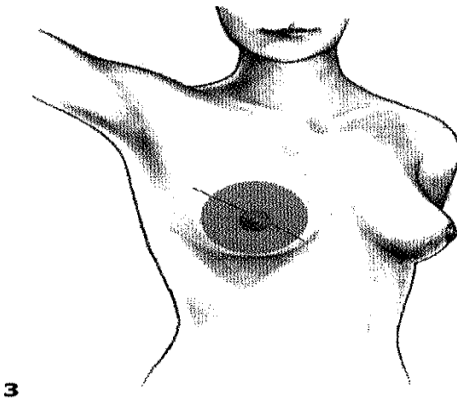
- **Με τη χρήση αυτόλογων ιστών/ Αποκατάσταση μεταφοράς ιστού.**

Είναι πιθανό να χρησιμοποιηθούν ιστοί της ίδιας της ασθενούς ,οι οποίοι μεταφέρονται από άλλα σημεία του σώματος. Οι τρεις τύποι μεταφοράς ιστού περιλαμβάνουν τον πλατύ ραχιαίο μυ, τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ στην κατώτερη κοιλιακή χώρα και τους μικροαγγειακούς ελεύθερους κρημνούς από την κατώτερη κοιλιακή χώρα και τους γλουτούς .Η τοποθέτηση αντικαθιστά τον μαστικό ιστό που έχει αφαιρεθεί στην μαστεκτομή. Ορισμένες ασθενείς μπορεί να μην είναι κατάλληλα υποψήφιας για αποκατάσταση με αυτόν τον τύπο .Ασθενείς που καπνίζουν ,που έχουν διαβήτη ή διαθέτουν παλαιότερες κοιλιακές ουλές μπορεί να μην γίνεται να ακολουθήσουν αυτήν τη διαδικασία λόγω της ήδη κακώς επηρεασμένης αγγειακής παροχής του δέρματος και των μυών (Osborn, Wraa, Watson 2013).

Αποκατάσταση του μαστού με tissue expander



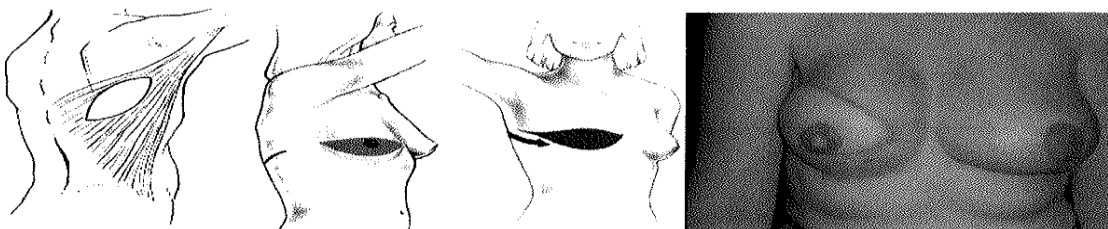
Διάταση του δέρματος στη περιοχή της μαστεκτομής, με τη τοποθέτηση και πλήρωση με ορό tissue expander. Τελικό αποτέλεσμα (κάτω).



ΠΗΓΗ: Μαρκόπουλος Χ, 2007

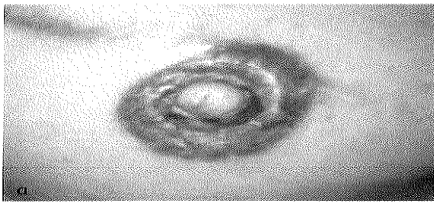
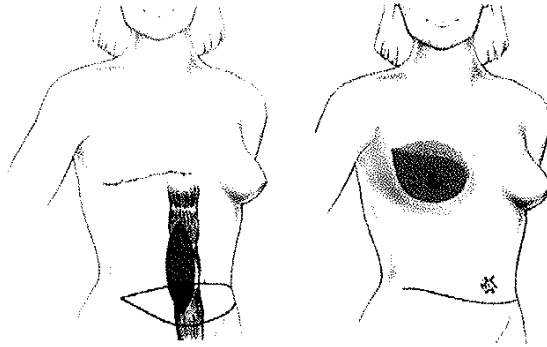
1. Πλατύς ραχιαίος μυς

Αποτελεί τη μέθοδο εκλογής σε αδύνατα άτομα, όταν το δέρμα και τα μαλακά μέρη έχουν αλλοιώσεις από ουλές ή ακτινοβολία (αντενδείξεις για χρήση διατατής πρόθεσης) ή σε αυτά που έχουν αντένδειξη για μυοδερματικό κρημό του ορθού κοιλιακού μυός λόγω προηγηθεισών κοιλιακών επεμβάσεων.



Σχηματική παράσταση αποκατάστασης με μυοδερματικό κρημό πλατέος ραχιαίου μυός

2. Μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού μυός



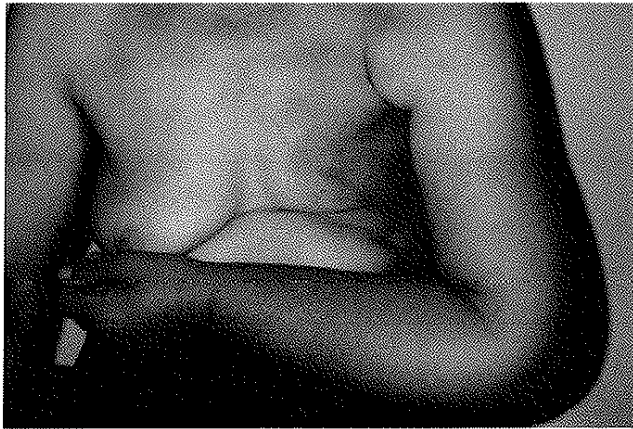
Μέθοδοι αποκατάστασης του συμπλέγματος θηλής-άλω

ΠΗΓΗ: Μαρκόπουλος Χ, 2007

3.4 Πιθανές επιπλοκές της αποκατάστασης

Οι πιθανότητες επιπλοκών είναι λίγες και εξαρτώνται από το είδος της επέμβασης. Αφορούν δε τις κλασικές επιπλοκές κάθε επέμβασης όπως δημιουργία αιματώματος, μόλυνση, λοίμωξη του τραύματος, ρήξη του διαταντήρα, σύσπαση της κάψουλας. Αν η γυναίκα βρίσκεται σε ανοσοκαταστολή μπορεί να συμβεί λοίμωξη του τραύματος, λόγω του ίδιου του καρκίνου ή της χημειοθεραπείας (Osborn, Wraa, Watson 2013). Δεν συμβαίνουν συχνά και αν συμβούν αντιμετωπίζονται. Η ψυχική ανάταση και αυτοπεποίθηση που αποκτά το άτομο είναι εμφανέστατη και αποτελεί μέγιστη ικανοποίηση της ασθενούς αλλά και του γιατρού. Επίσης, η αποκατάσταση του μαστού δεν έχει καμιά επίδραση στις υποτροπές της νόσου και

δεν εμποδίζει τη μετεγχειρητική χορήγηση προφυλακτικής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας.



Ανάπτυξη λεμφοιδήματος
αριστερού άνω άκρου σε ασθενή που
αντιμετωπίστηκε με τροποποιημένη
ριζική μαστεκτομή και
ακτινοθεραπεία για καρκίνο του
αριστερού μαστού (T2N3M0)

ΠΗΓΗ: Μαρκόπουλος Χ, 2007

3.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Το επόμενο βήμα για την καρκινοπαθή γυναίκα είναι ο έλεγχος για τυχόν μεταστάσεις. Μετάσταση είναι η διήθηση των κυττάρων του όγκου στα αγγεία και η παράσυρση αυτών μέσω του αίματος σε άλλα σημεία του σώματος. Η συντριπτική πλειονότητα αυτών των κυττάρων θα καταστραφεί. Ορισμένα όμως θα καταφέρουν να συγκεντρωθούν σε κάποια όργανα και εκεί θα δημιουργηθούν νέες καρκινικές εστίες, που ονομάζονται μεταστάσεις.

Η ασθενής κατά τα επόμενα χρόνια θα πρέπει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση, για τυχόν μετάσταση. Τα πρώτα 3 χρόνια κάνει εξετάσεις κάθε 3 μήνες οι οποίες συνεχίζονται κατόπιν κάθε 6 μήνες μέχρι να συμπληρωθούν 5 χρόνια από την επέμβαση, ενώ στη συνέχεια επαναλαμβάνονται κάθε 12 μήνες. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- επισκόπηση, ψηλάφηση,
- εργαστηριακό έλεγχο: α/α θώρακος, οστών, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας (ένζυμα ήπατος, λευκώματα, αλκαλική φωσφατάση), προσδιορισμός Ca₁₅₋₃, CEA και άλλων δεικτών (επιθηλιακό αντιγόνο, νεοπλασματικό πολυπεπτιδικό αντιγόνο),
- μαστογραφία στον άλλο μαστό ή και στον πάσχοντα, αν δεν έχει αφαιρεθεί πλήρως,

- μέτρηση περιμέτρων χεριών για οίδημα.

Αν υπάρχει υποψία για μεταστάσεις, ακολουθεί:

- σπινθηρογραφικός έλεγχος οστών, ήπατος,
- CT προσδιορισμός Ca₁₅₋₃,
- προσδιορισμός υδροξυπρολίνης ούρων (Κονιάρη 1991).

Τοπική υποτροπή

Τοπική υποτροπή μετά από επέμβαση παρατηρείται στο 20-30% των περιπτώσεων. Το ποσοστό υποτροπών εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων και τον τύπο της εγχείρησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Πενταετής και δεκαετής επιβίωση

Μασχαλιαίοι λεμφαδένες	Επιβίωση	
	Πενταετής	Δεκαετής
χωρίς διηθημένους λεμφαδένες	78%	65%
1-3 διηθημένοι λεμφαδένες	62%	35%
> διηθημένοι λεμφαδένες	32%	13%

ΠΗΓΗ: www.medlab.gr

3.6 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι μία σπάνια πάθηση, με επιπολασμό σχεδόν μόνο 1% σε σχέση με αυτόν στις γυναίκες. Ωστόσο, οι τελευταίες έρευνες φανερώνουν μία ολοένα και αυξανόμενη τάση εμφάνισής του.

3.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παρόλο που πρόκειται για σπάνιο νεόπλασμα, χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη γεωγραφική κατανομή. Ο επιπολασμός του είναι υψηλότερος στις Η.Π.Α. και στο Ηνωμένο Βασίλειο από ότι στη Φινλανδία και στην Ιαπωνία . Δεδομένα από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου σχετικά με την επιβίωση από τον καρκίνο του μαστού στους άνδρες δείχνουν αύξηση από 0,86 σε 1,08 ανά 100000 άνδρες . Επίσης πρόκειται για νεόπλασμα με μεγαλύτερη επίπτωση εμφάνισης στις αστικές περιοχές . Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες συμπεριφέρεται με τρόπο ανάλογο με τον καρκίνο του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η πιθανότητα εμφάνισής του αυξάνει με την ηλικία. Ο μέσος όρος ηλικίας στην οποία εμφανίζεται είναι περίπου τα 60 έτη, σχεδόν μία δεκαετία αργότερα από την ηλικία εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη παρατηρείται μία ακόμη μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του μαστού. Η πρόγνωση, ακόμη και στο στάδιο I, είναι χειρότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και μάλιστα όταν ο ασθενής απευθύνεται στο γιατρό ήδη υπάρχουν μικρομεταστάσεις, οι οποίες μπορεί και να μην διαγνωσθούν στα επόμενα χρόνια (Κοσμίδης 2009).

3.8 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η απόλυτη αιτιολογία του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι άγνωστη. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνισή του αποτελούν οι ορμονικές μεταβολές, το οικογενειακό ιστορικό και οι γενετικές μεταλλάξεις. Από πολλές μελέτες έχει προκύψει πως παράγοντες που μεταβάλλουν την αναλογία οιστρογόνων και τεστοστερόνης στους άνδρες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του καρκινώματος. Ανάμεσά σε αυτούς ανήκει το σύνδρομο Klinefelter, με αποτέλεσμα οι άνδρες με το σύνδρομο αυτό να εμφανίζουν 50% μεγαλύτερη συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού και να αποτελούν τελικά το 3% του πληθυσμού με καρκίνο του μαστού στους άνδρες. Καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων, όπως η κίρρωση του ήπατος, λόγω έλλειψης αδρανοποίησης των οιστρογόνων στο ήπαρ και η εξωγενής λήψη οιστρογόνων (σε τρανσέξουαλ ή σε θεραπεία στον καρκίνο του προστάτη) ενοχοποιούνται επίσης ως παράγοντες κινδύνου. Με ανάλογο τρόπο παράγοντες κινδύνου θεωρούνται οι καταστάσεις που προ- καλούν ανικανότητα των όρχεων, όπως η παρωτίτιδα, η ατελής κάθοδος του όρχεως ή ο τραυματισμός αυτών και η περιστασιακή έκθεση των όρχεων σε θερμότητα ή ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία. Σε ποσοστό 15-20% των ασθενών παρατηρείται θετικό οικογενειακό ιστορικό, που φανερώνει μια κληρονομώμενη προδιάθεση. Τα γονίδια που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες είναι τα BRCA1 και BRCA2, αλλά στους άνδρες οι μεταλλάξεις και μόνο των BRCA2 γονιδίων μπορούν να ευθύνονται για την πλειοψηφία του καρκίνου του μαστού^{8,16,17}. Σχετικά με το

γονίδιο BRCA1 ελάχιστες μελέτες έως σήμερα το σχετίζουν με τον καρκίνο του μαστού στους άνδρες. Πληθώρα εργασιών συνδέουν επίσης τον καρκίνο του μαστού στους άνδρες και με άλλες γενετικές ανωμαλίες όπως το σύνδρομο Cowden και τον κληρονομικό μη πολυποδιαστικό καρκίνο του παχέος εντέρου. Πρόσφατα δημοσιεύθηκε εργασία, σύμφωνα με την οποία ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες μπορεί να προδιαθέτει σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης δεύτερου καρκινώματος του στομάχου, του δέρματος και του άλλου μαστού. Σημειώνεται ακόμη η έντονη φυλετική προτίμηση του καρκίνου με αυξημένο επιπολασμό ανάμεσα στους Εβραίους. Αναλόγως, και σύμφωνα με πολύ πρόσφατη έρευνα, υπάρχει συσχέτιση του καρκίνου με ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες και κυρίως με αυτές της φυλής των μαύρων. Η διαπίστωση αυτή έρχεται όμως σε αντίθεση με παρόμοια εργασία, σύμφωνα με την οποία καταγράφεται η υψηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού στους λευκούς άνδρες, αλλά και η καθυστέρηση προσέλευσης των μαύρων ασθενών στον γιατρό για την έναρξη της χημειοθεραπείας, γεγονός που οδηγεί αυτόματα και σε μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού στον έγχρωμο ανδρικό πληθυσμό. Η γυναικομαστία στους άνδρες θεωρείται επίσης σημαντικός παράγοντας κινδύνου σε ποσοστό 6-38%. Μάλιστα υγιείς άνδρες με κλινικά και ιστολογικά διαπιστωμένη γυναικομαστία έχουν πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 35-40% (Κοσμίδης 2009)..

3.9 ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το τυπικό κλινικό εύρημα του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι σε ποσοστό 75-95% μία ανώδυνη, ψηλαφητή, σκληρής σύστασης, έκκεντρη μάζα, ποικίλης διαμέτρου . Το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα εντοπίζεται συνήθως πίσω από τη θηλή και επηρεάζει την ανατομία της θηλής (εισολκή, έπαρση) οφείλεται στο μικρό μέγεθος των ανδρικών μαστών και τη συγκέντρωση των πόρων πίσω από τη θηλή. Συγκεντρωτικές έρευνες έχουν αποκαλύψει μία προτίμηση εμφάνισης του καρκίνου στον αριστερό μαστό σε αναλογία 1,07:1,00, που οφείλεται όπως και στις γυναίκες στο μεγαλύτερο μέγεθος συνήθως του αριστερού μαστού. Στο 40-50% των ασθενών παρατηρείται επίσης εισολκή θηλής, εκροή υγρού από αυτή, εξέλκωση ή έκζεμα. Σε αντίθεση με τη γυναίκα, η εισολκή θηλής συνδέεται στον άνδρα με καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 75% (Εικόνα 1). Η πρόωρη εξέλιξη σε προχωρημένου σταδίου καρκίνωμα οφείλεται στο μικρό μέγεθος του μαστού και στην κεντρική εντόπιση του όγκου (Εικόνα 2). Σε ποσοστό 5% έχουν καταγραφεί επίσης και περιπτώσεις ασθενών με νόσο Paget, ενώ σημεία όπως μαστωδυνία, ευαισθησία του μαστού, κνησμός ή συμπτώματα απομακρυσμένων μεταστάσεων παρατηρούνται πιο σπάνια. Αμφοτερόπλευρη εντόπιση του καρκίνου έχει σημειωθεί σε ποσοστό 1,9% των ασθενών.

Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε επίσης ότι η λεμφαδενοπάθεια που συνοδεύει τον καρκίνο του μαστού είναι πιο συχνή στους άνδρες (37,7%), σε σχέση με τις γυναίκες (29,2%), με αποτέλεσμα οι άνδρες να έχουν 1,6% περισσότερες πιθανότητες συμμετοχής των μασχαλιαίων λεμφαδένων από τις γυναίκες. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα το 6,9% των ανδρών διαγιγνώσκονται με ήδη υπάρχουσες μεταστάσεις σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό 5,6% των γυναικών. Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στην άγνοιά τους για το πρόβλημα και συνεπώς στην καθυστερημένη διάγνωση. Η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων πριν τη διάγνωση ήταν στο παρελθόν 14-21 μήνες, αλλά έχει μειωθεί σημαντικά στους 1-8 μήνες. Συχνά του καρκίνου προηγείται ή τον συνοδεύει η γυναικομαστία (Κοσμίδης 2009).

3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για τον καρκίνο του μαστού στον άνδρα δεν υπάρχουν συγκεκριμένες μελέτες ερευνών που να πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Για το λόγο αυτό εφαρμόζεται το πρωτόκολλο αντιμετώπισης που προέκυψε μέσα από αποτελέσματα ερευνών στις γυναίκες, το οποίο και



συνεχώς ανανεώνεται. Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ή απλή μαστεκτομή για ασθενείς που επιλέγονται για επέμβαση με τα ίδια κριτήρια όπως και στις γυναίκες. Αποτελέσματα ερευνών δεν έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης όσον αφορά την επιβίωση ή την τοπική υποτροπή ασθενών που υπέστησαν πιο ριζικές επεμβάσεις όπως η ριζική μαστεκτομή του παρελθόντος. Εκτεταμένη, τοπική εκτομή του όγκου και κυρίως με διατήρηση της θηλής σε περίπτωση καρκίνου του μαστού σε άνδρα δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Παρά τις όποιες διαφωνίες σχετικά με τη σημασία της βιοψίας του φρουρού λεμφαδένα, πρόσφατη αναδρομική έρευνα υποστηρίζει το θετικό ρόλο της. Η ακτινοβολία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε τοπικές συμπτωματικές μεταστάσεις του δέρματος, των λεμφαδένων ή των οστών. Δεν ακολουθείται συγκεκριμένο πρωτόκολλο ακτινοβολίας μετά από μαστεκτομή, καθώς η βιβλιογραφία δε διασαφηνίζει το ρόλο και τις ακριβείς ενδείξεις της ακτινοβολίας στην περίπτωση αυτή. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν ακόμη και μελέτες που έχουν παρουσιάσει χαμηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής σε ασθενείς που μετά από μαστεκτομή δεν υποβλήθηκαν σε ακτινοβολία της περιοχής. Ωστόσο σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, η ακτινοβολία έχει σίγουρα το ρόλο της

συμπληρωματικής θεραπείας και προστατεύει από τοπική υποτροπή. Η ορμονική θεραπεία αποτελεί σημαντικό μέσο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού στους άνδρες, καθώς σε ποσοστό 75-80% αυτών υπάρχουν θετικοί οιστρογονικοί υποδοχείς. Στο παρελθόν είχαν περιγραφεί μέθοδοι όπως η ορχιδεκτομή, η υποφυσεκτομή και ο αποκλεισμός των ενδοκρινών αδένων με σημαντικές όμως παρενέργειες. Η ταμοξιφαίνη (20mg, 1+1 ημερησίως+5 έτη) αποτελεί πλέον το φάρμακο εκλογής. Οι αναστολείς αρωματάσης δεν χρησιμοποιούνται ευρέως, αν και είναι κι αυτοί αποτελεσματικοί, καθώς το 20% των κυκλοφορούντων οιστρογόνων παράγεται από τους όρχεις και δεν επηρεάζεται από την περιφερική δράση τους. Σε ποσοστό 60-70% των ασθενών η ορμονοθεραπεία επιτυγχάνει υποστροφή του καρκίνου, ποσοστό που είναι περίπου το διπλάσιο από εκείνο στον καρκίνο μαστού στις γυναίκες. Η μέση χρονική διάρκεια ύφεσης του όγκου είναι περίπου 30 μήνες, προσφέροντας σημαντική παράταση ζωής. Αν και δεν υπάρχουν εμπειριστατωμένες μελέτες για τους άνδρες, μία μεγάλη έρευνα έδειξε ποσοστό 56% διαστήματος ελεύθερης νόσου μετά από 5ετή ορμονοθεραπεία, όπως και στις γυναίκες. Η ορμονοθεραπεία αποτελεί επιπλέον τη θεραπεία εκλογής σε περιπτώσεις μεταστάσεων στα οστά, που αποτελεί και την πιο συχνή εστία μετάστασης, όπως και στις γυναίκες, αλλά και στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στον εγκέφαλο. Μελέτες υποστηρίζουν τη χρήση της λετροζόλης, σε περίπτωση αποτυχίας της ταμοξιφαίνης. Η οιστρογονοθεραπεία (5mg διαθυλστιλβεστρόλης 3 φορές ημερησίως από το στόμα) μπορεί, όπως και στις γυναίκες, να αποτελεί αποτελεσματική ορμονική παρέμβαση, μετά την αποτυχία άλλων, με ποσοστά ανταπόκρισης που φθάνουν το 38%. Η χημειοθεραπεία αποτελεί οπωσδήποτε συμπληρωματική θεραπεία σε ασθενείς με όγκους χαμηλής διαφοροποίησης και μεγάλου μεγέθους, με θετικούς λεμφαδένες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αναδρομικής μελέτης σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού στους άνδρες, η μέση επιβίωση ασθενών μετά από μαστεκτομή ήταν 33 μήνες, ενώ η αντίστοιχη επιβίωση μετά από ακτινοβολία, ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία, ξεχωριστά ή σε συνδυασμό, ήταν 86 μήνες. Το σύνηθες χημειοθεραπευτικό σχήμα περιλαμβάνει συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης, 5-φλουοροουρασίλης και μεθοτρεξάτης (Κοσμίδης 2009).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής;

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών κοινωνικών ηθικών προβλημάτων
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας
- Φροντίδα τελικού σταδίου

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

1) να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου

2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή

3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο palliative care ανακουφιστική φροντίδα, έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στη νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ'οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα.

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Οι Tshudin και Burnard θεωρούν ότι οι νοσηλευτές απαιτείται να κινούνται σύμφωνα με τη μοναδικότητα του εκάστοτε περιστατικού και έτσι να συγκεκριμενοποιούν την πιθανή φύση της σχέσης βοήθειας του ατόμου με καρκίνο. Είναι ουσιαστικό η σχέση αυτή να είναι

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

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι η M. Horp το 1941 ήταν η πρώτη που περιέγραψε το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία, ο οποίος σύμφωνα με τη συγγραφέα, προετοίμαζε τους ασθενείς πριν τη θεραπεία, τους παρείχε πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και αντιμετώπιζε τις ανεπιθύμητες ενέργειες (FarmerF,1999, ShepardN,1999). Στη συνέχεια και άλλες νοσηλεύτριες περιέγραψαν το ρόλο του νοσηλευτή ως πολυδιάστατο και μεταξύ των αρμοδιοτήτων του ανέφεραν τη φροντίδα του ασθενούς, την εκπαίδευση, τη συμβουλευτική αλλά και την έρευνα (Gosselin –Acomb TK,2006). Το 1990 το American College of RadiologyTask Force on Standards Development ορίζει το ρόλο του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία ως ακολούθως : «Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά και να πραγματοποιεί κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής ή η οικογένειά του και τα οποία έχουν σχέση με την ασθένεια, τη θεραπεία ή την περίοδο παρακολούθησης. Ο ρόλος του περιλαμβάνει τη διδασκαλία, τη συμβουλευτική και την υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς και οι οικογένειές τους προκειμένου να προσαρμοστούν στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου.» . Σήμερα ο νοσηλευτής αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, και δρα είτε μόνος του, είτε αλληλεπιδρά με αυτήν την ομάδα προκειμένου να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τον ασθενή (Vienna 2008).

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.2.1 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.

Αρχικά η εκτίμηση του ασθενούς περιλαμβάνει τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, τον έλεγχο για ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων και της κατάστασης υγείας, όταν προσέρχεται στο νοσοκομείο για πραγματοποίηση εξετάσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής προσέρχεται για παρακολούθηση μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας πραγματοποιείται εκτίμηση για εμφάνιση μακροχρόνιων παρενεργειών. Επίσης ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας τη νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις πραγματοποιεί τη νοσηλευτική του διεργασία διατυπώνοντας τις νοσηλευτικές του διαγνώσεις και προχωρεί στην πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας για κάθε ασθενή (Gosselin –AcombTK,2006).

Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας περιλαμβάνει πληροφορίες για την ασθένεια, για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν καθώς και για τους στόχους της ακτινοθεραπείας. Επίσης ενημερώνει τον ασθενή για όλη τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας, για το μηχάνημα του εξομοιωτή, με το οποίο γίνεται η μίμηση της θεραπείας πριν αυτή αρχίσει και καθορίζονται η κατεύθυνση της δέσμης και τα πεδία της θεραπείας, για τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας, την καθημερινή πραγματοποίηση της, για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που πρόκειται να εμφανιστούν, καθώς και για την αντιμετώπιση

τους. Η υποστήριξη και συμβουλευτική περιλαμβάνει αρχικά την εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, τη διαπίστωση της ύπαρξης προηγούμενων υποστηρικτικών μηχανισμών καθώς και την εκτίμηση του οικογενειακού, εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Πραγματοποιείται ενεργός ακρόαση και στη συνέχεια παραπομπή σε κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο εάν χρειαστεί. Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει αρχικά την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων πριν ή κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας όπως αλλεργικές αντιδράσεις, επιληψία ή απώλεια συνείδησης (ShepardN,1999).

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές

για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματα του μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης- όπως λοίμωξης, αιμορραγίας ή άλλης παθολογικής διεργασίας- σχετιζόμενες με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είναι καρκινικό. Οι εξετάσεις αυτές δεν περιγράφονται, γιατί χρησιμοποιούνται γενικά σε κάθε διαγνωστικό έλεγχο. Η πλειοψηφία των διαγνωστικών εξετάσεων δεν προκαλούν σωματικό πόνο, αλλά δείχνουν σημάδια στην ασθενή ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος λόγος ανησυχίας σχετικά με ευρήματα καρκινικών τύπων. Αφού διαγνωσθούν και αξιολογηθούν τα ευρήματα, τότε επέρχεται ανακούφιση. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να αναπτυχθεί αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τους εξής τρόπους:

Με το να ενημερώσει την ασθενή σε ποιες εξετάσεις θα υποβληθεί.

- Εξηγώντας το σκοπό της εκάστοτε εξέτασης
- Ενημερώνοντας την για τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και το χρόνο διάρκειας της και
- Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντας την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

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

Χρειάζεται να γνωρίζουν:

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

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, ενθαρρύνοντας την και με το να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για τη συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες δίνοντας τη συγκατάθεσή της, αλλά και κατά τη διάρκειά τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική διαίτα, καθαρτικοί υποκλυσμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως προετοιμασίες για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάστασή της.

Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής :

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

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

4.2.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Ο σκοπός της εγχείρησης την ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις που είναι πιθανό να προκαλέσουν αναστάτωση στην ασθενή. Για το λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής έχει ενημερωθεί για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σώματός της. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες από μόνες τους σχετικές με τη μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ψυχική και νοητική διάθεση να το κάνουν αυτό μετά την εγχείρηση. Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες, σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματά της, επηρεάζεται από τη σωματική τους κατάσταση. Συνοδές ή προυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να καθιστούν την ασθενή λιγότερο ικανή να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας. Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς, όπου περιλαμβάνει την αντίδραση αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και τους φόβους της για το τι θα αντιμετωπίσει.
- Προσδιορισμός των πιθανών αποτελεσμάτων, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- Εκτίμηση των πιθανών επιπλοκών καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παθολογικών διεργασιών.

- Εκτίμηση του επιπέδου του άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση του οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς στη νόσο.
- Προσδιορισμός του επιπέδου κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που έχει για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τις θεραπευτικές διαδικασίες
- Διαβεβαίωση ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

4.2.3 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

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

Αμφιβολίες για τη διάγνωση .

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτόν, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους. Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνύμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό. Η

σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από γη νεανική της ηλικία η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού. Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμηση και στη μειονεκτικότητα, γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με τη σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Ο φόβος του ακρωτηριασμού καθίσταται τόσο έντονος, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει της προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες της. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της, την τοποθέτησή της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού της. (SusanPunderbaughUlrich, Αθήνα 2000). Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου: Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης. Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα), τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. Επαναλαμβάνει/ επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Επίσης, παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία. Σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς, αν αυτό είναι δυνατό, με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα. Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται και να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάστασή της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή του ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού. Ενθαρρύνει τον ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της, ακόμη και να κλάψει. Οι συνηθισμένοι και κοινοί φόβοι περιλαμβάνουν την ιδέα του θανάτου, του καρκίνου, της παραμόρφωσης και του πόνου. Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαριών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (του σύστοιχου με τη μαστεκτομή), τοποθέτηση παροχετεύσεων. Παρέχει στον ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου). Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στις 56 αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της. Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει ο ασθενής.

Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχία για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται. Είναι γνωστό ότι ο ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τους νοσηλευτές, παρά με το γιατρό. Για το λόγο αυτόν, καλείται ο νοσηλευτής να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά του. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης του ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία του και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτόν. Σκοπός εξάλλου του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Ο νοσηλευτής θα τον δια φωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία του. Επίσης, θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας του και αυτής ακόμη της ζωής του. Ο ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι ο μοναδικός με ένα μαστό. Άλλωστε, θα του απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή. Πρέπει τέλος να τονιστεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς του φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. Η κατανόηση και η προσέγγιση ενός ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

Ο φόβος του πόνου και του θανάτου .

Ο ασθενής εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για τη θεραπεία του. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Τον προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο,

αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα. Ο ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων όπως:

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

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

Οικογενειακά προβλήματα

Ο ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας του προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν: -Θα μπορέσει να γίνει μητέρα μετά τη μαστεκτομή; -Θα συνεχισθεί η συζυγική της ζωή ανεπηρέαστη; -Μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της; Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βεβαίως και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη όμως είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια. -Τι θα γίνει μετά τη μαστεκτομή; - Ποιον προσανατολισμό πρέπει να ακολουθήσει; Εκτός των παραπάνω, δεν πρέπει να αγνοείται και η άλλη πλευρά, δηλαδή η τοποθέτηση του συζύγου, των παιδιών και των άλλων οικείων έναντι της ασθενούς, η οποία θα υποστεί τη μαστεκτομή. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να λάβει τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση του ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντάς τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα του ασθενούς.
- Βοηθάει τον ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά του.

-Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.
-Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε αργότερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα.
Βοηθάει τον ασθενή/οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας .

Ο ασθενής και η οικογένειά του θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Ο νοσηλευτής: Αρχικά, καθοδηγεί τον ασθενή να παρακολουθεί το μαστό του για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό, διδάσκει στον ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής, επίσης, διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Ο ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 βδομάδες μετά την εγχείρηση. Συμβουλεύει τον ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Τον συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού. Ο νοσηλευτής προσέχει ιδιαίτερα τον ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας κ.λπ.) (Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991).

4.2.4 Προεγχειρητική κάλυψη φυσικών αναγκών

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

- Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

- Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.

- Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας. π Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
- Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

- Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός. π Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- Αναιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από τον προϊστάμενο.
- Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία στις ασθενούς.
- Ο ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- Ο ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό του (ιατρικό και νοσηλευτικό).

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

4.2.5 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου. Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλεύτες/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

- Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
- Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
- Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliativecare" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/support/1124/nurse/>).

4.2.6 Ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα κυρίως εστιάζεται στην αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους. Οι οξείες παρενέργειες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, ενώ οι χρόνιες παρενέργειες εμφανίζονται μήνες, έως και χρόνια μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Οι περισσότερες χρόνιες παρενέργειες σχετίζονται με τη συνολική δόση

και είναι αποτέλεσμα αγγειακής βλάβης ή βλάβης του ινώδους ιστού. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση ,οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, εμετός, διάρροια), η βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Κάποιες από τις χρόνιες παρενέργειες είναι οι ινώσεις ιστών ή δέρματος, οι νεκρώσεις ιστών, τα συρίγγια (ορθοκυστικά, κυστεοκολπικά), η χρόνια περικαρδίτιδα, η χρόνια ακτινική κυστίτιδα και τα δευτερογενή νεοπλάσματα (American Cancer Society. Radiation Therapy Principles,2011) .

Σε περίπτωση που γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα δύο είδη θεραπειών, όταν χορηγούνται ταυτόχρονα, έχουν συνεργική δράση ή επιδεινώνουν η μία τις παρενέργειες της άλλης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενήμερος του είδους των χημικοθεραπευτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς και να τηρεί τους κανόνες ασφάλειας, όπως είναι η απόρριψη εκκριμάτων του ασθενούς και οποιοδήποτε άλλου εξοπλισμού χρησιμοποιήθηκε στα ειδικά κυτία. Παρά το γεγονός ότι η παρουσία του νοσηλευτή στους χώρους της ακτινοθεραπείας έχει υπολογιστεί ότι είναι σχετικά μικρής χρονικής διάρκειας, ωστόσο διαπιστώνεται ότι η νοσηλευτική έρευνα στο χώρο της ακτινοθεραπείας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια. Τα θέματα με τα οποία έχει ασχοληθεί κυρίως είναι η ποιότητα ζωής, η διερεύνηση της ύπαρξης και μμεταβολής συμπτωμάτων όπως η κόπωση, η φροντίδα του δέρματος, καθώς και συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια για τη διερεύνηση της εμφάνισης ομάδας συμπτωμάτων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί νοσηλευτική προτεραιότητα σε χώρες όπως η Ιρλανδία, ενώ η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία (ONS, Oncology Nursing Society) θέτει μεταξύ των άλλων προτεραιοτήτων στην έρευνα τη διερεύνηση της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μετά το τέλος της αντineοπλασματικής θεραπείας (Shepard,1999, Lev 2009,).

Όσον αφορά την επιλογή του θεραπευτικού σχήματος, υπάρχει ένα ζήτημα σχετικά με την επιλογή της θεραπείας για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες έχουν θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Η επιλογή σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνεται προσεκτικά και με λεπτομερειακή διδασκαλία. Είναι απαραίτητο και μεγάλης σημασίας γι' αυτές τις γυναίκες να υπάρχει προσοχή, ώστε να εξασφαλίσουμε ότι έχουν γνώση των πιθανών θεραπευτικών λύσεων καθώς και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Για να εξασφαλισθεί η δυνατότητα παροχής αυτών των πληροφοριών, η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλά πληροφορημένη και να έχει καταλήξει -σε συνεργασία με το γιατρό- σε

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

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αρκετές και ο νοσηλευτής ανήκει στο μέρος του προσωπικού του κλάδου υγείας, το οποίο έρχεται άμεσα σε επαφή με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Μερικές από αυτές είναι αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, δερματικές αλλαγές, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική και την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοούν ότι το άγχος και η ανησυχία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν βοηθούν την κατάστασή τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι πιθανές ιατρογενείς ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν συζητηθεί με την ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και ότι αμετάτρεπτες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η αμηνόρροια σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών, έχουν κατανοηθεί και αξιολογηθεί. Επίσης, πρέπει ο νοσηλευτής να δίνει στις ασθενείς να κατανοούν ότι είναι δυνατόν οι ανεπιθύμητες ενέργειες (συχνότητα-ένταση) να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά θα επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής τους, όταν η χημειοθεραπεία ολοκληρωθεί.

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

Συντονισμός της φροντίδας: Η νοσηλεύτρια διευκολύνει κατά το δυνατόν την επικοινωνεί μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και προσωπικού, προσφέροντας άριστη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή. Είναι απαραίτητο για τη νοσηλεύτρια να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας με σκοπό την παροχή διαρκούς φροντίδας. Οι καρκινοπαθείς κατά

τη διάρκεια της πορείας μιας συνήθως μακρόχρονης θεραπείας εξυπηρετούνται τυπικά από μεγάλο αριθμό μελών της ομάδας υγείας και φροντίδας, με αποτέλεσμα ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός της ίδιας της φροντίδας να δυσχεραίνεται.

4.2.7 Νοσηλευτική φροντίδα και νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική, για να προστατεύσει δηλαδή την ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων ή μερικές φορές και λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις.

Η ασθενής ενημερώνεται: (α) Για τη σημασία και τη σπουδαιότητα των τριών αυτών τύπων κυττάρων και για το πώς η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να τα επηρεάσει. (β) Η νοσηλεύτρια τονίζει την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης των συχνών προσδιορισμών των παραπάνω κυττάρων στο αίμα. (γ) Ότι συχνά εβδομάδες εξετάσεις αίματος γίνονται για τον προσδιορισμό του επιπέδου των κυττάρων και ότι, αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν η χημειοθεραπεία να αναβληθεί.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον. Γίνεται κατανοητό ότι, λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Εξηγούνται στον ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης. Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις. Ο ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα,

γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό του. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο, συνίσταται να φοράει μάσκα. Αποφεύγεται η σήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απομένονται με το βρασμό. Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadinescrub. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται). Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητα. Γι' αυτό, και δεν συνίσταται. Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού. Όταν ο ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες. Με εντολή γιατρού, ενισχύεται ο ασθενής με αντιβιοτικά. Μετά την έφοδό του από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μια και δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου. Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

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

Η νοσηλεύτρια:

- Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει ο ασθενής (Φυσιολογική τιμή 200.000-300.000/mm³). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³, πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη-στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- Αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί σε νοσοκομείο.
- Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων (μελάνιασμα). Ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλαινα κένωση.

Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 min περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση να γίνεται γνωστή στο γιατρό.

Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λπ., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.

Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.

Ενημερώνει τον ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά (Aspirine, Egicalm κ.λπ.), αν δεν συμβουλευθεί πρώτα το γιατρό ή τον νοσηλευτή. Η χορήγηση σαλικυλικών εμποδίζει και διαταράσσει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Ενισχύει επίσης την τοξική δράση της μεθοτρεξάτης.

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

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

Αναιμία (μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων)

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

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

- Είναι η συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά κύτταρα της γαστρεντερικής οδού είναι ιδιαίτερος ευπαθή και μπορεί να συμβεί σοβαρή βλάβη στο βλεννογόνο της (γλωσσίτιδα, ουλίτιδα, ελκωτική εντερίτιδα, γαστρίτιδα). Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια και η στοματίτιδα. Ναυτία και έμετος. Η ναυτία και ο έμετος είναι συμπτώματα που είναι δυνατόν να εμφανισθούν πριν από τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτή ή να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν συνήθως 24 ώρες ή και περισσότερο. Μολονότι η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με τη δόση του φαρμάκου, η εμφάνιση και η ένταση τους συνήθως εξαρτώνται από την αντοχή της ασθενούς στα κυτταροστατικά καθώς επίσης και από τα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποσότητα, επίσης παρακολουθεί τη θρέψη του ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει και εξηγεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης ναυτία και εμέτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και ότι ορισμένους ασθενείς δεν έχουν ποτέ αυτά τα συμπτώματα. Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα όπως :
- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων(με εντολή γιατρού) πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο (επιτυγχάνουν γρηγορότερη κένωση του στομάχου, αυξάνοντας τον τόνο και το εύρος των περιστολών του). Ασθενείς και νοσηλεύτριες φαίνεται να συμφωνούν ότι η χορήγηση φαρμάκων είναι πολύ βοηθητική. Δεν είναι ακόμη γνωστό, αν η βάση της ανταπόκρισης είναι φαρμακολογική ή ψυχολογική και πιθανώς να εξαρτάται από την αντίδραση του κάθε ατόμου. Τα αντιεμετικά δρουν

αποτελεσματικότερα αν δίνονται τακτικά, ώστε να εξασφαλισθεί σταθερό επίπεδο στο αίμα.

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

Διάρροια

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

- Το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- Τον ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
- Τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

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

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

Προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με:

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού καθώς και ενημέρωση αυτού, αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή μπορεί να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- Χορήγηση άφθονων υγρών για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν, ιδιαίτερα ελαφρών υγρών, όπως το νερό, το τσάι, οι χυμοί φρούτων ή αραιή σούπα. Η θερμοκρασία των λαμβανομένων υγρών πρέπει να είναι ανάλογη με τη θερμοκρασία του δωματίου. Δεν πρέπει να λαμβάνονται πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες. Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Η χορήγηση των παραπάνω βοηθάει στη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.

- Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού. Ε. Όταν η ασθενής αισθανθεί καλύτερα, προσθέτουμε στο διαιτολόγιο μας σταδιακά τροφές που δεν περιέχουν ινώδη άπεπτα στοιχεία, όπως ρύζι, κρέμα δημητριακών, μπανάνες, τوست, κράκερς κλπ. (Ευδοξία Κονιάρη, Αθήνα 1991) (Αννα Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου, Αθήνα 2000).

Στοματίτιδα- Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει. Η παραπάνω εξεργασία είναι αποτέλεσμα της μεγάλης καταστροφής των κυττάρων, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση. Ο νοσηλευτής λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, που βοηθούν στην πρόληψη της στοματίτιδας:

1. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού: - Παρουσία οδοντοστοιχιών - Ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών - Συνήθειες της ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας - Ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος - Ιστορικό στοματίτιδας - Κάπνισμα
2. Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και τη αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα.
3. Διδάσκει πώς να εξετάζει το στόμα της και την ενθαρρύνει να αναφέρει σημαντικές αλλαγές.
4. Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.
5. Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να: βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα δυο φορές την ημέρα. Η χρήση της σκληρής οδοντόβουρτσας μπορεί να καταστρέψει τους μαλακούς ιστούς του στόματος .
6. Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία.
7. Καθαρίζει το στόμα τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδα ή νερού (μια κουταλιά του γλυκού σε ένα ποτήρι νερό). Να κρατάει το διάλυμα στο στόμα της για ένα λεπτό περίπου.
8. Χρησιμοποιεί βαζελίνη ή βούτυρο κακάο για τα χείλη της τρεις φορές την ημέρα.
9. Αν αρχίζει το στόμα της να πονάει, να τρώει μαλακές τροφές, όπως τα βρασμένα αυγά.

10. Να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες , για να ξεκουράζονται τα ούλα.
11. Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.
12. Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα: - Να πίνει άφθονα υγρά. - Να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου. - Να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία, όπως φρούτα και παγωτά. - Αν θέλει να φάει και παξιμάδια, φρυγανιές ή άλλη τραγανή τροφή, είναι καλύτερα πρώτα να τη βουτάει σε γάλα ή τσάι. - Μαγειρεμένη τροφή είναι καλύτερα να πολτοποιείται για να καταπίνεται πιο εύκολα - Να προσπαθεί να τρώει μαλακές και κρύες τροφές, όπως παγωτά, κομμάτια πάγου, καρπούζι, πουτίγκα κλπ. Αν φάει γλυκά, πρέπει αμέσως μετά να πλύνει τα δόντια με μαλακή οδοντόβουρτσα, για να τα προστατέψει από το να φθαρούν και να σαπίσουν.

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

Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.

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

Ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας.

Επίσης, χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος (με εντολή γιατρού):

- Ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με 50% Benadrylelixir τέσσερις φορές ημερησίως.
- Ξεπλένει με Xylocaineviscus (2%) 5-10 min μετά το φαγητό.
- Ξεπλένει με Xylocaine 25 mg, Benadryl 25mg τέσσερις φορές ημερησίως. Χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες). (Doygherty, Christophew, 1980)

Αλωπεκία

Φυσιολογικά, το τριχωτό της κεφαλής αποτελείται από 100.000 τρίχες. Από αυτές, 10- 15% μεγαλώνουν δραστικά. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών που παρατηρείται με τη χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Πτώση των τριχών μπορεί να έχουμε και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος, ακόμη και στο πρόσωπο. Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που

χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το φάρμακο που προκαλεί κατ' εξοχήν την αλωπεκία σε ποσοστό 100% είναι η δοξορουμπικίνη (Adriblastina). Η πιθανότητα της πτώσης των μαλλιών είναι αβάσταχτη για πολλές ασθενείς, λόγω της σημασίας που δίνεται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου του ατόμου. Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στη σεξουαλικότητά του, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου.

Η νοσηλεύτρια:

- Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.
- Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.
- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφανίσεως της.
- Διδάσκει και ενημερώνει τον ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπιστεί θετικά: - Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες - Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας . - Να χρησιμοποιεί μαντίλια, καπέλα ή περούκα και μάλιστα εγκαίρως από τα ίδια της τα μαλλιά. - Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας, αν κατά τη θεραπεία και 19-15min μετά από αυτήν, εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Η διεργασία που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση πάγου έχει ως εξής :Ο πάγος δημιουργεί αγγειοσύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μη εισέρχεται αίμα στους θυλάκους των τριχών, αλλά ούτε και το χημειοθεραπευτικό, το οποίο σιγά σιγά αποβάλλεται και μειώνεται η κυκλοφορούσα με το αίμα ποσότητα .

Επίσης, είναι δυνατό να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με την τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας. Η επινόηση της κάσκας υποθερμίας στη διάρκεια των τελευταίων ετών ήρθε να βοηθήσει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία με δοξορουμπικίνη με

αποτέλεσμα να καθιερωθεί ως μέθοδος προστασίας σε αρκετά κέντρα του εξωτερικού. Κύριος μηχανισμός δράσης της συσκευής αυτής είναι η αγγειοσυστολή και η μείωση της παροχής αίματος στους θυλάκους των τριχών. Σε μελέτη που έγινε σε σύνολο 42 ασθενών, η εκτίμηση του βαθμού ανοχής της κάσκας υποθερμίας είχε ως εξής: 31 (74%) δήλωσαν μέτρια και μόνο 2 (4,5%) πλήρη αποστροφή. Από τη νοσηλευτική εκτίμηση, 86% των ασθενών ανέχθηκαν άριστα τη συσκευή, 9,5% ικανοποιητικά και, τέλος, 4,5% δηλαδή 2 ασθενείς, την απέρριψαν. Η άρνηση των δύο αυτών ασθενών να διατηρήσουν κάσκα εκδηλώθηκε από τα πρώτα κιόλας σχήματα χημειοθεραπείας και κύριες αιτίες ήταν το ανυπόφορο αίσθημα ψύχους και η επακόλουθη κεφαλαλγία. (Reilly T.P. 1983)

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανόν, αλλά όχι πάντοτε, να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και τη λειτουργία τους. Οι επιδράσεις που μπορεί να εγκατασταθούν εξαρτώνται από τον τύπο των χορηγούμενων κυτταροστατικών φαρμάκων, από την ηλικία της ασθενούς και από τη γενική κατάσταση της υγείας της. Ο νοσηλευτής κατά τη θεραπεία βοηθάει τον ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Την ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι:

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο. Η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή μπορεί να σταματήσει.
- Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- Ορμονικές αλλαγές λόγω της χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.

Μερικά κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρότητα, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και το είδος των χορηγούμενων χημειοθεραπευτικών.

Συνιστάται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνιστάται να αρχίζει κατά τη 12η εβδομάδα.

Δίαιτα και χημειοθεραπεία

Με τη σωστή και επαρκή διατροφή, η ασθενής δίνει στον εαυτό της την καλύτερη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τη χημειοθεραπεία, αλλά και την ίδια την αρρώστια της, γιατροί, νοσηλευτές και ερευνητές έχουν αποδείξει ότι καρκινοπαθείς που ακολουθούν ισορροπημένη δίαιτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερα να ανταποκριθούν στις ανεπιθύμητες ενέργειες της. Σωστή και επαρκής διατροφή σημαίνει ποικιλία φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άλλα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη σωστή λειτουργία του οργανισμού. Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε θερμίδες έχει σκοπό να διατηρήσει ή αν υπάρχει ανάγκη να αυξήσει το βάρος της ασθενούς, ενώ πλούσιων σε πρωτεΐνες να βοηθήσει τη σωστή λειτουργία του δέρματος, των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη των τριχών. Αν κριθεί απαραίτητο, χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής βιταμινούχα σκευάσματα. Η λήψη περισσότερων πρωτεϊνών αποσκοπεί στη βοήθεια στη βοήθεια του οργανισμού για ανασύσταση των ιστών του, οι οποίοι έχουν καταστραφεί με τη χημειοθεραπεία. Ειδικευμένοι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να χρειασθούν 50% περισσότερες πρωτεΐνες από ότι συνήθως και 20% περισσότερες θερμίδες. Προκειμένου η ασθενής να κατορθώσει ένα καλά ισορροπημένο διαιτολόγιο, ο νοσηλεύτρια της συνιστά να συμπεριλαμβάνει στα καθημερινά της γεύματα τις εξής ομάδες φαγητών: Α. Φρούτα και λαχανικά: σαλάτες, βραστά λαχανικά, ωμά ή βραστά φρούτα. Αυτές οι τροφές παρέχουν τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά στοιχεία που έχει ανάγκη ο οργανισμός. Β. Πουλερικά, ψάρια και κρέας: με τις τροφές αυτές λαμβάνονται τόσο πρωτεΐνες όσο και βιταμίνες. Γ. Ψωμί και δημητριακά: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας παρέχουν αρκετές πρωτεΐνες και ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων, υδατανθράκων. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά από καλαμπόκι, σιτάρι ρύζι και βρώμη μέχρι ψωμί, τηγανίτες και ζυμαρικά. Δ. Γαλακτοκομικά προϊόντα: Γάλα και προϊόντα του, όπως τυρί, γιαούρτι, βούτυρο κ.α, παρέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και μεγάλο αριθμό βιταμινών. Αν η ασθενής έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, συνιστάται να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Να κάνει (αν μπορεί) έναν περίπατο πριν από το γεύμα και να πίνει ένα ποτήρι κρασί ή μπίρα, εφόσον το επιτρέπει ο γιατρός. Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατόν να συντελέσουν στη διάθεση της ασθενούς για φαγητό ή όχι και να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της ποιότητας ζωής της ασθενούς.

Τέτοιοι παράγοντες είναι :

1. Η γενικότερη οργανική κατάσταση
2. Η φυσική κατάσταση

3. Η ψυχική κατάσταση
4. Η οικονομική κατάσταση
5. Η άνεση και η διάθεση Την ημέρα της χημειοθεραπείας, η ασθενής δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία. (Ευδοξία Κονιάρη, 1991)

4.3 Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις στην ακτινοθεραπεία του μαστού

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

1. Διδασκαλία

- Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας, επίσης, δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία και το σχεδιασμό της φροντίδας.
- Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακό υλικό από το ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- Προκαθορίζει επίσκεψη της ασθενούς στο ακτινολογικό τμήμα και τη γνωρίζει με το προσωπικό.
- Παρέχει στην ασθενή χρόνο για τη διατύπωση ερωτήσεων και απαντήσεων.

Τα συνήθη ερωτήματα είναι τα εξής:

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

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

- Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την αφήνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της.
- Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος, τις διατροφικές τροποποιήσεις την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.
- Πληροφορεί την ασθενή για το πώς να αντιμετωπίσει τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

2. Διατροφή

1. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνηθειών, με πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
2. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές, οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών.
3. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για την αποβολή των άχρηστων ουσιών.
4. Προγραμματίζει για την ασθενή και την οικογένεια της συμβουλευτική συνάντηση με τη διαιτολόγο.
5. Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και με τα αντίστοιχα πριν από την έναρξη τα θεραπείας.
6. Ρυθμίζει το διαιτολόγιο πριν και μετά από κάθε συνεδρία(π.χ. χορήγηση κρύων υγρών και μαλακών τροφών).
7. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δύο ώρες πριν το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά της.
8. Ελέγχει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να αυξάνουν την ναυτία και τον έμετο (π.χ. αποφυγή έντονων και δυσάρεστων οσμών, φαγητά που δε προτιμά κτλ.).

9. Χορηγεί βιταμίνες (με εντολή γιατρού).
10. Κανονίζει κατά τη διάρκεια των γευμάτων της ασθενούς να παρευρίσκονται οι συγγενείς και οι φίλοι της. Η ενθάρρυνση και η συντροφιά αυξάνουν την όρεξη και τη λήψη τροφής.
11. Κανονίζει τη χορήγηση μεγαλύτερων γευμάτων, όταν η ναυτία και η ανορεξία δεν είναι και τόσο φανερές (συνήθως τα πρωινά), διαφορετικά, χορηγεί καθημερινώς μικρά και συχνά γεύματα.
12. Χορηγεί πολτοποιημένες ,μαλακές, υψηλής πρωτεϊνικής αξίας τροφές (π.χ. τυρί, και άλλα γαλακτοκομικά, σαλάτες φρούτων κλπ.) Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου , ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο τη λήψη τροφής αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οινοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάστασή της . Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου), όχι καυτή ή παγωμένη.
13. Διδάσκει την ασθενή πώς να χρησιμοποιεί καλαμάκι για να διευκολύνει τη λήψη υγρών που μπορούν να προκαλέσουν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος, να αποφεύγονται ο καφές ,το τσάι , τα οινοπνευματώδη, τα μπαχαρικά, οι σάλτσες και τα ανθρακούχα αναψυκτικά.
14. Διδάσκει την ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει , ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.
15. Πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας φροντίζει η νοσηλεύτρια να επισκεφθεί τον οδοντίατρο για προληπτικές εξετάσεις, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης και καταστροφής δοντιών και ούλων. Χαλασμένα δόντια . ακόμη και δόντια με σφραγίσματα, αφαιρούνται πριν από την έναρξη της θεραπείας.
16. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και αξιολογεί καθημερινά την ασθενή για σημεία και συμπτώματα επιμόλυνσης (π.χ. στοματική καντιντίαση). Η προφυλακτική χρήση οδοντόκρεμας που να περιέχει αντιβιοτικό είναι αρκετά βοηθητική.
17. Συζητεί και ενημερώνει την ασθενή για την πιθανότητα διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα Levin, σε περίπτωση αυξημένης απώλειας βάρους.
18. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κλπ.
19. Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού της , που συμβάλλει στη μείωση και στην καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων. (Νίκου. Παπανικολάου, Αθήνα 1995).

3. Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

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

- Όσον αφορά τη διάρροια, ο νοσηλευτής εκτιμά την ποιότητα και την συχνότητα των κοπράνων.
- Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας
- Χορηγούνται τροφές με μικρό υπόλειμμα. Αποφεύγονται άπεπτα ινώδη στοιχεία που αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα, όπως το μαύρο ψωμί, τα λαχανικά, τα χόρτα, οι φλούδες των φρούτων κ.λπ. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται ο ερεθισμός του εντέρου και η διάρροια.

- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να καταπίνει αργά, αφού πρώτα μασάει καλά τη τροφή του, για να ελαττωθεί ο σπασμός και να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών .
- Ενθαρρύνεται η αυξημένη λήψη υγρών για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.
- Με εντολή γιατρού, ο νοσηλευτής χορηγεί αντιδιαρροικά φάρμακα και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.

4. Προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τον προγραμματισμό της θεραπείας και τον σχεδιασμό της φροντίδας του δέρματος.

Παρέχει στον ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντήσεων με το γιατρό.

Ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Διδάσκει τον ασθενή πώς να παρακολουθεί και να ελέγχει την ακεραιότητα της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολείτε.

Παρέχει/ Προτείνει τη χρησιμοποίηση βιβλίων μαγειρικής, τα οποία είναι ειδικά για τον καθορισμό του διαιτολογίου των καρκινοπαθών.

Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι. (Ευδοξίας Κονιάρη, Αθήνα 1991).

4.4 Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Ο νοσηλευτής στην οποιοδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό).

4.4.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις στην διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου μαστού

Ο μαστός δεν είναι ένα απλό τμήμα του γυναικείου σώματος αλλά συμβολίζει δύο από τις πιο σημαντικές πτυχές κάθε γυναίκας, την μητρότητα της και την ερωτική της υπόσταση.

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

Συνήθως παρουσιάζονται τα παρακάτω στάδια:

Άρνηση. Ο ασθενής αρνείται ενεργητικά κάθε αναφορά που σχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάστασης. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Δεν μιλά ποτέ από μόνος του για το θέμα και κλείνει γρήγορα την συζήτηση όταν κάτι αναφερθεί από κάποιον άλλον.

Μαχητικότητα. Ο ασθενής είναι αποφασισμένος να πολεμήσει και να νικήσει, κρατάει θετική στάση και ελπίζει. Συνήθως ψάχνει μόνος του για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά του και την αντιμετώπισή του. Ρωτάει τον γιατρό της όλες τις λεπτομέρειες για την κατάστασή, ή άλλες φίλες/ους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα. Αισθάνεται τυχερός που το ανακάλυψε έγκαιρα.

Απελπισία-αίσθημα εγκατάλειψης. Ο ασθενής φαίνεται να έχει κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Είτε έχει είτε δεν έχει συμπτώματα, θεωρεί ότι είναι συνεχώς άρρωστος και μερικές φορές ενεργεί σα να πρόκειται να καταλήξει άμεσα. Η καθημερινή του λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη

Στωική αποδοχή. Ο ασθενής δέχεται την διάγνωση, δεν αναζητά επιπλέον πληροφορίες, εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα, γενικά συνεχίζει να ζει όπως πριν χωρίς, να ασχολείται ιδιαίτερα με την νόσο. π Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη. Ο ασθενής αντιδρά στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι άνθρωποι με μαχητικό

πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τους πρώτους έχει την τάση να τις ερμηνεύει με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τις καθημερινές του υποχρεώσεις. (<http://karkinaki.gr>)

4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Όλοι γνωρίζουν σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας σε πρωτοβάθμιο κυρίως αλλά και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός. Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου μαστού είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμόσφαιρα, ειδική βιομηχανική ρύπανση). Ο νοσηλευτής, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την πρόληψη, διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης παράγοντες πολιτικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.

Μεθοδολογία πρόληψης καρκίνου μαστού.

- Χαρακτηριστικά στόχων
- Διαθέσιμες υπηρεσίες
- Μέσα προσέγγισης
- Προσφορότερη κατανομή δαπανών Στοιχεία
- Επιδημιολογικά δεδομένα
- Συνήθειες της οικογένειας
- Πιθανές στάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας

- Περιβαλλοντικά στοιχεία
- Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
- Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

Προσέγγιση

- Προσωπικού γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση
- Εργασιακή προσέγγιση

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

Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη

Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων

Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού

Ικανότητες φυσικής εκτίμησης

Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής (Θεόδωρου, Ντολάτζα, 1998)

Ειδικό Μέρος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Περιστατικό 1.

Γυναίκα ασθενής Κ.Α, άγαμη και άνεργη, ηλικίας 62 ετών, εισήχθη στην Β' χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου, ύστερα από εμφάνιση όγκου μεγαλύτερου από 4 εκατ .στον αριστερό μαστό.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίασε αιμορραγία από τις θηλές ,πόνο στο στήθος, ερυθρότητα δέρματος και σκλήρυνση στην περιοχή του μαστού. Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 20/6/2015 και ώρα 15:50μ.μ .Χειρουργεία τακτικό.

Στοιχεία

Όνοματεπώνυμο: Κ.Α

Φύλο: Θήλυ

Ημ. Γέννησης: 2/12/1952, Ηλικία: 62

Διάγνωση: Όγκος στον αριστερό μαστό \implies CaΑριστερού μαστού

Οικογ. κατάσταση: Άγαμη

Ατομικό Ιστορικό

Το βασικό διαγνωστικό μέσο του καρκίνου του μαστού χαρακτηρίζεται από 4 είδη βιοψίας: Κυτταρολογική βιοψία, ιστολογική βιοψία, στερεοτακτική βιοψία και τέλος ανοιχτή χειρουργική βιοψία.

Ο χειρουργός κατά τη λήψη του ιστορικού διέκρινε κληρονομική διάθεση του καρκίνου του μαστού, καθώς η μητέρα της ασθενούς διεγνώσθηκε σε προχωρημένο στάδιο ,όπου και την οδήγησε στο θάνατο.

Ιστορικό της νόσου

Η ασθενής παρουσιάζει κληρονομική προδιάθεση, διαταραχές έμμηνου ρύσης (καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55) και αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων λόγω παχυσαρκίας. Καπνίστρια.

Κλινικά ευρήματα

Τα μαστογραφικά ευρήματα απεικόνισαν μια διαταραχή της δομής του μαστού καθώς και παρουσία μάζας. Ο γιατρός παρέπεμψε την ασθενή σε μαγνητική τομογραφία, όπου και έχουμε την εμφάνιση όγκου στον αριστερό μαστό 4 εκατ.

Η ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο για προγραμματισμένο τακτικό χειρουργείο τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής αριστερού μαστού.

Θεραπευτική αγωγή

Η θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή περιλαμβάνει τις ακόλουθες ενέργειες:

- Χορήγηση ενδοφλεβίως ,κολλοειδών υγρών (ενυδάτωση και θρέψη ασθενούς, ηλεκτρολυτική ισορροπία)
- Χορήγηση παυσίπων σύμφωνα με Ι.Ο
- Έλεγχος τραύματος και παροχέτευσης
- Αναπνευστικές ασκήσεις
- Κινησιοθεραπεία
- Ψυχολογική υποστήριξη

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ 1^Η Μ.Τ.Χ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Πόνος χειρουργικού τραύματος	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλισθεί ήσυχος και άνετος 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίστηκε άνετος και ήρεμος 	Ο ασθενής λέει ότι ανακουφίστηκε μετά

		<p>περιβάλλον</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να δοθεί ανακουφιστική θέση του ασθενή στο κρεβάτι • Να χορηγηθούν παυσίπονα με I.O • Να υποστηριχθεί ο σωλήνας παροχέτευσης (ώστε να μην τραβά το κοιλιακό τοίχωμα) 	<p>περιβάλλον</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε ημικαθιστική θέση στον ασθενή(αυτή τον ανακουφίζει) • Χορήγηση παυσίπονου • Στηρίχθηκε ο σωλήνας παροχέτευσης 	από μισή ώρα
Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα και την παροχέτευση	Να προληφθεί η αιμορραγία	Να ελέγχεται η κατάσταση του τραύματος και της παροχέτευσης και να εκτιμάται η γενική κατάσταση του αρρώστου για εσωτερική αιμορραγία	Παρακολουθείται για εμφάνιση σημείων (Ζ.Σ) εσωτερικής αιμορραγίας. Ελέγχθηκε το τραύμα για τυχόν αιμορραγία	Φυσιολογικά Ζ.Σ Θ= 36,5°C Α.Π= 130/80 mmHg ΣΦ= 78/min Αν= 18/min Καθαρό το τραύμα Η ποσότητα υγρού της παροχέτευσης (Redon) σταθερή (20cc) το 24ωρο.
Ενδεχόμενη μόλυνση τραύματος	Να προληφθεί η μόλυνση	<ul style="list-style-type: none"> • Να παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία μόλυνσης του τραύματος και στην περιοχή του φλεβοκαθετήρα. • Να γίνει αλλαγή και περιποίηση του τραύματος με άσηπτη τεχνική. • Να χορηγείται Mandokef 1 grx 3 IV και Metrogyl 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελέγχεται η περιοχή του τραύματος και η περιοχή που υπάρχει ο φλεβοκαθετήρας για εκδηλώσεις φλεγμονής. • Έγινε αλλαγή τραύματος και περιποίηση. • Χορηγήθηκαν I.V Mandokef 1gr 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής είναι απύρετος . Η περιοχή του τραύματος δεν εμφανίζει σημεία φλεγμονής, όπως και ο φλεβοκαθετήρας. • Από την χορήγηση των αντιβιοτικών δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

		500 mgx3 σύμφωνα με I.O	x3,Metrogyl 500mgx 3.	
Ενδεχόμενη αναπνευστική επιπλοκή	Να προληφθούν τυχόν επιπλοκές από το αναπνευστικό	<ul style="list-style-type: none"> • Να εκτιμώνται τα Ζ.Σ ανά 3ωρο • Να δοθεί θέση 45° στον ασθενή και επίσης να δοθεί εξασκητής αναπνοών • Να γίνονται αναπνευστικές ασκήσεις και να βήχει ο ασθενής κάθε 1-2 ώρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Λαμβάνονται και καταγράφονται τα Ζ.Σ κάθε 3 ώρες • Δόθηκε ημικαθιστική θέση καθώς και εξασκητής αναπνοών στον ασθενή • Ο ασθενής ενθαρρύνεται να κάνει τις αναπνευστικές του ασκήσεις ,να βήχει αποτελεσματικά και να αποβάλλει τις εκκρίσεις 	<p>Ζωτικά σημεία</p> <p>Θ= 37 °C</p> <p>Α.Π= 120/70 mmHg</p> <p>ΣΦ= 80/min</p> <p>Αν= 18/min</p> <p>Ο ασθενής φαίνεται ήσυχος και δεν παρουσιάζει αναπνευστική δυσλειτουργία</p>

Περιστατικό 2.

Η ασθενής Κ.Ι, ετών 63 και συνταξιούχος του δημοσίου, εισήλθε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου στις 19/7/2015 και ώρα 16:30 μ.μ.

Στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο: Κ.Ι

Φύλο: Θήλυ

Ημ. Γέννησης: 5/8/1951 Ηλικία: 61

Διάγνωση: Κακοήθης όγκος αριστερού μαστού

Οικογ. Κατάσταση: Χήρα

Ατομικό Ιστορικό

Κατά τη λήψη του ιστορικού, η ασθενής ανέφερε ότι στην τελευταία εξέταση μαστογραφίας, η οποία έγινε 2 εβδομάδες πριν, βρέθηκαν ευρύματα για περαιτέρω διερεύνηση. Δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό CA μαστού.

Ιστορικό της νόσου

Ο θεράπων ιατρός που είχε αναλάβει την περίπτωση της ασθενούς πραγματοποίησε ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις (υπέρηχος μαστών, μαγνητική τομογραφία, βιοχημικό έλεγχο). Τα αποτελέσματα έδειξαν όγκο στον αριστερό μαστό μικρότερο των 2 εκατ.

Προγραμματισμός

Εφαρμογή χημειοθεραπείας. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας εμφανίστηκαν τα ακόλουθα συμπτώματα: Διάρροια, αλωπεκία, ναυτία και έμετος .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Ο άρρωστος νιώθει	Αντιμετώπιση	Αποφεύγεται ότι κουράζει	Περιορίστηκαν οι	Ο ασθενής αισθάνεται

αδυναμία -κόπωση	αδυναμίας, κόπωση και εξάντληση	τον ασθενή και περιορίζονται οι δραστηριότητές του.	δραστηριότητες του αρρώστου. Ο άρρωστος πρέπει να αποφεύγει οτιδήποτε τον κουράζει. Ενισχύθηκε ο άρρωστος να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.	καλύτερα. Η αδυναμία και η εύκολη κόπωση περιορίστηκαν ,όχι όμως τελείως.
Αύξηση θερμοκρασίας-Υπερπυρεξία	Ρύθμιση της θερμοκρασίας	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων • Τρίωρη θερμομέτρηση • Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά • Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα • Παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό υπόθετο LONARID . • Ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε APOTEL I.M. (έλεγχος αρτηριακής πίεσης). • Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά τρίωρο. • Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά από το στόμα. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα σε άνοδο της θερμοκρασίας. • Η ποσότητα των ούρων μετά από παρακολούθηση 	Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.

			είναι φυσιολογική.	
Ο άρρωστος παρουσιάζει ανορεξία	Μείωση της ανορεξίας του ασθενή. Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή.	Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή. Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση. Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του.	Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή και του προσφέρθηκε ότι ζήτησε. Ο ασθενής σιτίζεται καλά και ενυδατώνεται. Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του με ποικιλία καλοβρασμένα και σε περιβάλλον ωραίο. Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για την κάλυψη του οργανισμού. Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Ο ασθενής	Η όρεξη του αρρώστου αυξήθηκε ικανοποιητικά. Άρχισε να τρώει μικρά γεύματα και το βάρος του αυξήθηκε.

			ενισχύθηκε να παίρνει υγρά.	
Εμφάνιση αλωπεκίας	Ψυχολογική υποστήριξη και πρόληψη της επιπλοκής	Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα ξαναβγούν. Όταν αρχίζουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση.	Εξηγήθηκε στον ασθενή πως τα μαλλιά θα πέσουν αλλά θα ξαναφυτρώσουν. Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγοκύστης στη διάρκεια της θεραπείας και 10-15 λεπτά μετά από αυτήν. Βοηθήθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του με τη συμπαράσταση και ενθάρρυνση μας.	Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αλωπεκίας. Έπειτα όμως έπεσαν τα μαλλιά και έγινε αποτρίχωση.
Παρουσία διαρροϊκών κενώσεων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.	Διακοπή της διάρροιας. Εξασφάλιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. • Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα, η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης. • Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης. • Χορήγηση κατάλληλης διαίτας για να μην συνεχιστεί η διάρροια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε REASEK. • Παρατηρήθηκε η κάθε κένωση (χρώμα ,ποσότητα). • Παρακολουθείτε συγκεκριμένα το ισοζύγιο υγρών. • Χορήγηση ελαφράς και κατάλληλης διαίτας. 	Ελαττώθηκαν σημαντικά οι διαρροϊκές κενώσεις.

		<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή τροφών που την επιδεινώνουν. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προτιμήθηκαν τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα και αναστέλλουν τη διάρροια. 	
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία και εμετούς.</p>	<p>Πρόληψη για την ναυτία και τους εμετούς. Λήψη μέτρων. Καταστολή της ναυτίας και των εμετών.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. • Τοποθέτηση νεφροειδές στο κομοδίνο ή σακούλας στο κρεβάτι του ασθενούς και τοποθετείτε το κεφάλι πλάγια. • Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. • Παρατήρηση εμέτων, συχνότητα και χαρακτήρας εμετών. • Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα και παρακολούθηση της κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε νεφροειδές στο κομοδίνο. • Παρατηρούνται τα εμέσματα τα οποία έχουν σκούρο χρώμα καφέ και η συχνότητά τους αυξάνεται κυρίως τη νύχτα. • Χορηγήθηκε σχεδόν συστηματικά μια ώρα πριν το φαγητό αντιεμετικό υπόθετο PRIMPERAN. • Διατηρούνται καθαρά κλινοσκεπάσματα αφού γίνεται συνεχής αλλαγή αυτών. • Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με πλύσεις HEXALE 	<p>Περιορίστηκαν οι εμετοί και η ναυτία και ο ασθενής δείχνει πιο ήσυχος.</p>

			<p>Ν πριν και μετά από κάθε γεύμα και εμετό. Παρακολουθείται καθημερινά η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γίνεται αναγραφή των παρατηρήσεων στην λογοδοσία. 	
<p>Άγχος και φόβος για την πορεία της υγείας του.</p>	<p>Ψυχολογική στήριξη του ασθενή και διδασκαλία της οικογένειάς του. Απαλλαγή του αρρώστου από το αίσθημα του άγχους και του φόβου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς του. • Να δημιουργηθούν ιδανικές συνθήκες για επικοινωνία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επικοινωνία με τον άρρωστο ο οποίος ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά και τέλος αυτός εξέφρασε τα αισθήματά λύπης και απογοήτευσης που τον διακατέχουν. • Έγινε επικοινωνία με τους οικείους του και διδασκαλία για την συμπεριφορά τους απέναντι του. • Δόθηκαν στον άρρωστο ηρεμιστικά για να μπορέσει και να απαλλαγεί από τις απαισιόδοξες 	<p>Ο ασθενής προς το παρόν έδωσε το φόβο και το άγχος του, χωρίς βέβαια να μην νιώθει αγωνία.</p>

			σκέψεις που τον κατέχουν.	
Απώλεια βάρους .	<p>Ο ασθενής να παίρνει απαιτούμενες θερμίδες και βιταμίνες.</p> <p>Να περιοριστούν άσκοπες και επιβλαβείς δραστηριότητες.</p> <p>Διατήρηση του βάρους του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός δραστηριοτήτων. • Παρακολούθηση του βάρους του ασθενή. • Παρακολούθηση του ασθενή αν παίρνει αναγκαίες θερμίδες. • Ενίσχυση ιατροληψη επαρκούς ποσότητας λευκωμάτων και υδατανθράκων. • Να δοθούν βιταμίνες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες. • Ενισχύθηκε ο ασθενής να παίρνει καθημερινά τις απαραίτητες θερμίδες και την επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. • Δόθηκαν βιταμίνες Α,Β,С,К. • Ζυγίζεται καθημερινά. 	<p>Ο ασθενής έχασε μερικά κιλά αλλά το βάρος του τείνει να σταθεροποιηθεί .</p>

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με καρκίνο θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση σε νοσηλευτές με κατάλληλη εμπειρία και δεξιότητες γι' αυτό : Είναι αναγκαίο να υπάρχουν εξειδικευμένοι ογκολογικοί νοσηλευτές, με τη σύνθεση διαπροσωπικών δεξιοτήτων, της γνώσης και εμπειρίας οι οποίοι θα πρέπει να συμμετέχουν στην αγοραστική πλευρά της φροντίδας υγείας. Επίσης, οι ειδικοί νοσηλευτές που εργάζονται σε αντικαρκινικά κέντρα και μονάδες θα πρέπει να έχουν αποκτήσει πρώτου επιπέδου δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο στη νοσηλευτική ογκολογία. Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο τη νόσο και τη θεραπεία αλλά και στην επίδραση της νόσου στον ασθενή και στην οικογένειά του.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η συμβολή του στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία είναι σημαντική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στην ακτινοθεραπεία, ώστε να είναι σε θέση να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους, αλλά και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Στον κλινικό χώρο της ακτινοθεραπείας ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εφαρμόσει τη νοσηλευτική διεργασία και τη νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Παράλληλα στο χώρο της έρευνας, παγκοσμίως, οι νοσηλευτές τα τελευταία χρόνια έχουν ασχοληθεί τόσο με τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, όσο και με τη διερεύνηση του ρόλου τους στους κλινικούς χώρους. Στην Ελλάδα υπάρχει ελάχιστος αριθμός ερευνών σχετικά με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, ενώ η κατανόηση του ρόλου του από τους ίδιους τους νοσηλευτές και την υπόλοιπη ακτινοθεραπευτική ομάδα φαίνεται να είναι ελλιπής. Στο μέλλον οι νοσηλευτές θα πρέπει να συνεχίζουν να επιμορφώνονται σχετικά με τις καινούργιες μεθόδους της ακτινοθεραπείας, να συνεργάζονται ισότιμα με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, να παρέχουν φροντίδα προσανατολισμένη στον άρρωστο και να πραγματοποιούν νοσηλευτικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν στον κλινικό χώρο, προκειμένου να παρέχεται ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

Αθανάτου Ε. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Αθήνα: Έκδοση ΣΤ΄. 2000.

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας.. Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτική παρέμβαση της Ευδοξία Κονιάρη Αθήνα 1991 εκδόσεις Βήτα σελ. 156, Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική –Νοσηλευτικές διαδικασίες 2ος τόμος Β΄ Έκδοση της Άννας Σαχίνη-Καρδάση και Μαρίας Πάνου Αθήνα 2000 σελ.486-487. Αθήνα 2006.

Κελλαρτζής Δ. Ζαφράκας Μ. Παπανικολάου Α. Τζεβελέκης Φ. Ταρλατζής Β., Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών, 21(2):115-121, 2009.

Κονιάρη Ευδοξία Καρκίνος μαστού: Νοσηλευτική παρέμβαση. Αθήνα: Βήτα. 1991.

Μαρκόπουλος Χ, Εγχειρίσεις αποκατάστασης μετά από μαστεκτομή: σελ: 300-312. «Παθήσεις του Μαστού», 2^η έκδοση, Τόμος Ι, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ,Αθήνα 2007.

Μαρκόπουλος Χ, Εγχειρίσεις αποκατάστασης μετά από μαστεκτομή: σελ: 139-174. «Παθήσεις του Μαστού», 2^η έκδοση, Τόμος Ι, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ,Αθήνα 2007

Μ. Ζαφράκας Τ. Τσαλίκης Φ. Τζεβελέκης Θ. Αργυρίου Β. Ταρλατζής, Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού, 21(2):138-147, Επιμέλεια: Ελισάβετ Πατηράκη- Κουρμπάνη Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, σελ.129, 2009.

Ντολάτζας, Θ., Ο γιατρός συμβουλεύει Προληπτική Ιατρική Τόμος 3ος Εκδόσεις Κορωναίου σελ. 431. 1998.

Παρισιάνου Μ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Αθήνα: Γρηγ. Παρισιάνος 1997.

Πετρίδης Α. Εγχειρίδιο Χειρουργικής, τρίτη έκδοση. Αθήνα: Έλλην. 2001.

Σαπουντζή Δ., Κρελιά Χρόνια ασθένεια. Μια ολιστική προσέγγιση, έκδοση Β΄. Αθήνα: Έλλην. 2004.

Φύσσας Π. Γιάννης, Dr.Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Λιβάνη. 2006.

Χατζημπούγιας Ι.,Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Αθήνα: GMdesign 2002.

Κοσμίδης Κ. Βασιλειάδου Γ. Ανθιμίδης Ε. Φαχαντίδης, Καρκίνος του Μαστού στον άνδρα, 21(2):180-186, 2009.

Bates Barbara, MP. Οδηγός για κλινική εξέταση. Αθήνα: Λίτσας.

Farquarson Margaret., Moran Brendan, Χειρουργική, Εγχειρητικές Τεχνικές, Μετάφραση: Ζωγράφος, Αθήνα: Πασχαλίδης 2009.

Frank H. Netter, Παθολογία, βασικές αρχές, Ignatavicius Workman, Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, Πέμπτη έκδοση, Πασχαλίδης, 1ος τόμος, Αθήνα : 2009.

Kathleen Osborn, Cheryl Wraa, Annita Watson, Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική, Αθήνα: Πασχαλίδης 2013.

Suzan Dewit, Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική .έννοιες και πρακτική, Αθήνα: Πασχαλίδης 2009.

WymelenbergS.Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και θεραπεία. Μετάφραση: Μπουλάς. Αθήνα: Πασχαλίδης 2004.

Ξενόγλωσση:

Adami HO, Signorello L, Trichopoulos D. Towards an understanding of breast cancer etiology. *Semin Cancer Biol*, 8:255–262, 1998.

American Cancer Society. Radiation Therapy Principles. Available at: www.cancer.org. A Syllabus for the Education and Training of Radiation Oncology Nurses. International Atomic Energy. Vienna 2008. Available at : www-pub.iaea.org Accessed June 2011.

Egger M. Insulin-like growth factor (IGF)-I, IGF binding protein-3, and cancer risk: Systematic review and meta-regression analysis., 363:1346–13, *Lancet* 2004.

Farmer F., Nursing management and radiation oncology. *AustNurs J*; 7(1):suppl 1-3,1999.

Gosselin –Acomb TK. Role of the radiation Oncology Nurse. *Semin Oncol Nurs*; 22 (4):198-202, 2006.

Hankinson S, Hunter D. Breast cancer. In: Adami HO, Hunter Trichopoulos D (eds), *Textbook of cancer epidemiology*. Oxford University Press, New York,:301–339, 2002.

Hunter DJ, Willett WC., Diet, body size and breast cancer. *Epidemiol Rev* 993, 15:110–132

Kelsey JL, Gamm on MD, John EM., Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev*, 15:36–47, 1993.

Khatib MN., Modjtabai A., Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. EMRO Technical Publication Series 30. WHO, 2006.

Lagiou, Faculty of Health Professions, Technological Educational Institute (TEI) of Athens, Athens, Department of Hygiene and Epidemiology, School of Medicine, University of Athens, Athens, Greece Archives of Hellenic Medicine, 25(6):742–748, 2008.

Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekblom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *N Engl J Med*, 331:5–9, 1994.

Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Kolassa J, Colella J, Pezzino J et al. Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Support Care Cancer*; 17(5):509-517, 2009.

Magnusson C, Baron JA, Correia N, Bergström R, Adami HO, Persson I. Breast-cancer risk following long-term oestrogen-androgen-progestin-replacement therapy. *Int J Cancer*, 81:339–344. 1999.

Murphy A, Cowman S. Research priorities of oncology nurses in the Republic of Ireland. *Cancer Nurs.*; 29(4):283-290. 2006.
Oncology Nursing Society 2009-2013. Research Agenda. Available at: www.ons.org, Accessed 30 June 2011.

Poggi M.M, Harney K.F. The Breast in current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. DeChamey A.H and Nathan L. New York: Lange Medical. 2003.

Renehan AG, Zvahlen M, Minder C, O'Dwyer ST, Shalet SM, Semiglazov VF, Sagaidak VN, Moiseyenko VM, Mikhailov EA. Study of the role of breast self-examination in the reduction of mortality from breast cancer. The Russian Federation/World Health Organization Study. *Eur J Cancer*;29 A:2039-46. 1993.

Shepard N, Kelvin JF. The nursing role in radiation oncology. *Semin Oncol Nurs*; 15(4):237-249, 1999.

Trichopoulos D, Lagiou P, Adami HO. Towards an integrated model for breast cancer etiology: The crucial role of the number of mammary tissue-specific stem cells. *Breast Cancer Res*, 7:13–17, 2005.

Trichopoulos D, Hsieh CC, McMahon B, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP et al . Age at any birth and breast cancer risk. *Int J Cancer* 1983, 31:701–704, World

Health Organization. Cancer Control, Knowledge into action: Prevention. WHO guide for effective programmes. WHO 2007.

Ιστότοποι:

<http://ktisis.cut.ac>

<http://www.biblionet.gr>

<http://eureka.lib.teithe.gr>

<http://apothetirio.teiep.gr>

<http://www.mammography.gr>

<http://www.prokopakis.com>

www.medlab.gr

<https://mastokotsifopoulos.wordpress.com>

Gaia Maternity Hospital - Athens Medical Center | ©2013

<http://health.in.gr>

<http://www.cancer-society.gr>

<http://www.healthpages.gr>

<http://karkinaki.gr>