

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ »**



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ
Α.Μ. 7512**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρουσιάζει την ανατομία και τη φυσιολογία του μαστού.

Το δεύτερο κεφάλαιο εμφανίζονται τα γενικά χαρακτηριστικά για τη νόσο του καρκίνου, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός, η επιδημιολογία και ο επιπολασμός του καρκίνου μαστού στις γυναίκες καθώς και οι παράγοντες κίνδυνου

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η πρόληψη και η εξέλιξη της νόσου και στο πέμπτο κεφάλαιο η θεραπεία και η αντιμετώπιση της νόσου.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται η νοσηλευτική φροντίδα της γυναίκας με καρκίνο του μαστού και στο έβδομο κεφάλαιο τα στάδια της νοσηλευτικής παρέμβασης στον καρκίνο του μαστού.

Τέλος όγδοο στο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα περιστατικά νοσηλευτικής διεργασίας και στη συνέχεια τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα εργασία.

ABSTRACT

The first chapter of this work presents the anatomy and physiology of the breast.

The second chapter shows the general characteristics of the cancer disease and the third chapter presents the definition, epidemiology and prevalence of breast cancer in women and the risk factors

The fourth chapter develops prevention and progression of the disease and the fifth chapter the cure and treatment of disease.

The sixth chapter discusses the nursing care of women with breast cancer and in the seventh chapter the stages of nursing intervention in breast cancer.

Finally in the eighth chapter, the process nursing background and then the conclusions arising from this work.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	8
1.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	8
1.2 Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	8
1.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	10
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	10
2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	13
2.4 Η ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	14
2.4.1. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ3.....	18
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	18
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	18
3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	19
3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	21
3.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΧΗΜΑ TNM.....	25
3.5 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	27

3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	28
3.6.1 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	29
3.6.2. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	29
3.6.3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	31
3.6.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	32
3.6.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	32
3.6.6 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	33
3.6.7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	34
(ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ).....	34
3.6.8 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	35
3.6.9 ΆΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	35
3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	38
Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	38
4.1 Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	38
4.2 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ.....	38
4.3 Η ΚΛΙΜΑΚΩΤΗ ΚΑΙ ΕΥΘΕΙΑ ΟΔΟΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	40
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	40
5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	40
5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	41
5.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
5.3.1 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	47
5.3.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	48

5.3.3 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	49
5.3.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	50
5.3.5 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	51
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	52
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	52
6.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	52
6.2 Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	54
6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	60
ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	66
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	66
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1.....	66
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
Β. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
Γ. ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	79
Δ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γυναικείος μαστός ήταν πάντα το σύμβολο θηλυκότητας και αποτελούσε πηγή έμπνευσης για πολλούς ζωγράφους. Κατά κύριο λόγο, χρησιμοποιήθηκε στην ζωγραφική και στην γλυπτική. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία γίνονται πολλές αναφορές για τον γυναικείο μαστό μέσα από συγγράμματα που σώζονται και μέσα από τους ρητορικούς φιλοσόφους. Ένα παράδειγμα που είναι άξιο λόγου να αναφέρουμε είναι αυτό της παλλακίδας Φρύνης η οποία κολυμπούσε γυμνή και βρέθηκε κατηγορούμενη στην εκκλησία του Δήμου των Αθηνών για προσβολή της δημοσίας αιδούς. Οι δικαστές την αθώωσαν καθώς μετά από προτροπή του συνηγόρου της πέταξε το μανδύα της μένοντας γυμνή μπροστά τους και οι οποίοι θαμπώθηκαν από την ομορφιά του σώματος της.

Άλλο ένα παράδειγμα της ομορφιάς του γυναικείου σώματος και ειδικότερα των μαστών ήταν η κίνηση της βασίλισσας Γκοντίβα του Κοβέρντι η οποία για να μπορέσει να πείσει το σύζυγο της να δώσει χρήματα στο λαό, κυκλοφόρησε γυμνή επάνω σε ένα άλογο στη μέση της πόλης.

Στην σύγχρονη εποχή, γίνεται σύνδεση του γυναικείου μαστού με την θηλυκότητα και την μητρότητα. Οι γυναίκες επηρεάζονται από τον τρόπο ζωής καθώς και από τα Μ.Μ.Ε. για την εικόνα που πρέπει να έχει το στήθος τους.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Η χωρική κατανομή των μαστών στο σώμα, παρουσιάζεται ως εξής: καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, και από τις δυο πλευρές, από τη 2η ως την 6η πλευρά και από την πρόσθια μασχालιαία γραμμή μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. ¹

Αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της γυναικείας κατανομής και αναπτύσσονται κατά την περίοδο της εφηβείας. Το μέγεθος και η μορφή των μαστών μεταβάλλεται ανάλογα με την εγκυμοσύνη, την εμμηνόπαυση, τη γαλουχία κ.ά. ⁴

1.2 Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο γυναικείος μαστός διαμορφώνεται στην μπροστά επιφάνεια του θώρακα με την εικόνα των ημισφαιρικών μορφωμάτων, που είναι συμμετρικά τοποθετημένα εκατέρωθεν του μεσομάσθιου κόλπου. Στην εφηβεία ξεκινάει η ανάπτυξη του και είναι πιθανό να μετατοπιστεί εύκολα. Η θηλή βρίσκεται στο κέντρο του μαστού και το μέγεθος και η μορφή της εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας, την διατροφή της, τον σωματότυπο της κ.α.. Ο μαστικός αδένας, ο συνδετικός και ο λιπώδης ιστός βρίσκονται στο υπόδημα του μαστού. Γύρω από τον μαστικό αδένά υπάρχουν οι μασχालιαίες αποφύσεις, οι οποίες αποτελούν την επέκταση του αδένα. Το σχήμα των λοβών του μαστικού αδένα είναι κωνοειδές και η κορυφή τους είναι στραμμένη προς το κέντρο του μαστού. Ο συνδετικός ιστός μεταξύ των μυών και του δέρματος

προσδιορίζει τη σταθερότητα του ενώ το περιμαστικό λίπος συμπληρώνει τα υπόλοιπα κενά.²

1.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο γυναικείος μαστός ξεκινάει να αναπτύσσεται από την αρχή της εμμηνου ρύσης και έρχεται στην ολοκλήρωση στην ηλικία των 20 χρόνων. Στα τριάντα έτη ξεκινάει η συρρίκνωση του γυναικείου μαστού. Όσο διαρκεί η κλιμακτήριος, παρουσιάζεται χαλαρότητα του μαστού και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσμορφίες λόγω της μεγάλης υποστροφής του, ενώ δεν υπάρχει καθόλου ο λιπώδης ιστός.

Το μέγεθος του μαστού αυξάνεται μέχρι και 50% λόγω του οιδήματος μεταξύ των λοβίων όσο διαρκεί η έμμηνος ρύση.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο γυναικείος μαστός μεταβάλλεται ως προς την μορφή του και είναι πιθανό να τριπλασιαστεί το μέγεθος του, ενώ την περίοδο του θηλασμού, λόγω των γαλακτοφόρων πόρων, παραμένει σε μεγάλο μέγεθος και θα επανέλθει σε φυσιολογικά πλαίσια μόλις τελειώσει οριστικά αυτή η διαδικασία.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Σύμφωνα με τον Τριανταφυλλίδη (2000), ως καρκίνος ορίζεται η κυτταρική νόσος που προκαλείται από παθολογικά κύτταρα στο εσωτερικό των οστών του σώματος. Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος είναι μια νόσος με εκατό διαφορετικούς τύπους που όσο διαρκεί, τα κύτταρα νοσούν και πολλαπλασιάζονται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Τα κύτταρα αυτά συνωστίζονται σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο στο ανθρώπινο σώμα με αποτέλεσμα να καταστρέφονται τα υγιή κύτταρα. Ο πολλαπλασιασμός των ασθενών κυττάρων οδηγεί στην ολική αδρανοποίηση του οργάνου που έχει προσβληθεί και επίσης στην επέκταση της ασθένειας σε άλλα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος⁸.

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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

παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι κατά κύριο λόγο για την εμφάνιση της ασθένειας του καρκίνου.^{7,8}

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

➤ Οι διαιτητικοί παράγοντες: οι συγκεκριμένοι παράγοντες, παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου καθώς μέσα από στατιστικές, το 35% των θανάτων από καρκίνο οφείλεται σε αυτούς. Σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται τα οινοπνευματώδη, οι πρόσθετες ουσίες που βρίσκονται στα τρόφιμα καθώς και το λίπος που παίρνει ο ανθρώπινος οργανισμός είτε το θέλει είτε όχι.

➤ Το κάπνισμα: οι χημικές ουσίες που βρίσκονται μέσα σε ένα τσιγάρο είναι περίπου 4000 από τις οποίες τουλάχιστον οι 45 είναι καρκινογόνες. Έχει αποδειχθεί μέσα από μελέτες ο καρκίνος του πνεύμονα με ποσοστό 74% προκαλείται από το κάπνισμα.

➤ Το αλκοόλ: είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που προκαλεί καρκίνο. Η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την εμφάνιση του καρκίνου του στόματος και του ήπατος. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι με βάση μελέτες είναι αποδεδειγμένο ότι όταν συνδυάζονται το αλκοόλ με το κάπνισμα αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί καρκίνος

➤ Ο καφές και οι βελτιωτικές ουσίες: βελτιωτικές ορίζουμε τις ουσίες οι οποίες βρίσκονται πρόσθετες στα τρόφιμα για να είναι καλύτερο το χρώμα, το άρωμα και η γεύση τους. Για τις συγκεκριμένες ουσίες έχει γίνει πολλές φορές λόγος ότι ευθύνονται για την εμφάνιση του καρκίνου

➤ Η παχυσαρκία: με βάση μελέτες και στατιστικά στοιχεία είναι αποδεδειγμένο ότι το ¼ των ατόμων που έχασαν την ζωή τους λόγω του καρκίνου παρουσίαζαν μεγάλη αύξηση βάρους. Οι πιθανότητες να εμφανιστεί καρκίνος της κύστεως και της μήτρας αυξάνεται για τα άτομα που έχουν βάρος πάνω από το 25% του φυσιολογικού (Φύσσας, 2006).

➤ Ο Αμίαντος: όταν ο άνθρωπος για πολλά χρόνια εκτίθεται στον αμίαντο έχει πολλές πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο ο οποίος τις περισσότερες φορές αναπτύσσεται ραγδαία.

➤ Η Ραδιενέργεια: η ραδιενέργεια είναι γνωστή για την καρκινογόνα δράση της μέσα από τις μελέτες που έγιναν μεταξύ των επιζώντων της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι. Μέσα από τις ίδιες μελέτες επιβεβαιώθηκε ότι υπάρχουν και τα κακοήγη νεοπλάσματα τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με θανάτους ατόμων που βρίσκονταν σε χώρες βιομηχανοποιημένες. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην Ελλάδα με βάση την Εθνική στατιστική υπηρεσία μέχρι το 1991 είχαν καταγραφεί περίπου 19.000 θάνατοι από κακοήγη νεοπλάσματα.¹²

➤ Τα φυτοφάρμακα: το περιεχόμενο των φυτοφαρμάκων είναι οι κορεσμένοι υδρογονάνθρακες οι οποίοι είναι πολλοί επικίνδυνοι για την δημόσια υγεία. Τα φυτοφάρμακα επηρεάζουν το αιμοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού το οποίο είναι πάρα πολύ ευαίσθητο και προσβάλλεται από χημικούς παράγοντες.^{8,9}

➤ Το Άγχος: το άγχος, στον σύγχρονο τρόπο ζωής του ανθρώπου, είναι ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες που αυξάνει την πίεση. Λόγω του ότι δεν υπάρχει μέτρο όταν δημιουργηθεί το άγχος στον άνθρωπο, είναι πιθανό να μειωθεί η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου^{8,9}

➤ Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: με την πάροδο των χρόνων και όσο η επιστήμη προοδεύει οι ερευνητές αναζητούσαν τα αίτια που προκαλούν καρκίνο και τα οποία σχετίζονται με τους κοινωνικούς παράγοντες. Κατέληξαν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αναπτύξει ή όχι τον καρκίνο στον ανθρώπινο οργανισμό^{8,9}

2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η νόσος του καρκίνου δημιουργεί στον άνθρωπο που είναι ασθενής βαθιά τραύματα. Σε ορισμένα περιστατικά, οι χειρουργικές επεμβάσεις και ο ακρωτηριασμός αλλοιώνουν το ανθρώπινο σώμα του ατόμου που νοσεί. Μέσα σε αυτές τις αλλοιώσεις είναι και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας κατά την διάρκεια της οποίας ο ασθενής χάνει τα μαλλιά του.

Η ψυχική κατάσταση του ατόμου που νοσεί επηρεάζεται και δημιουργούνται αντιδράσεις, καθώς η νόσος του καρκίνου απαιτεί θεραπείες με αποτέλεσμα ο ασθενής να φοβάται και να αρνείται να υποβληθεί σε αυτές.⁹

Επειδή ο καρκίνος είναι μια ασθένεια η οποία παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες και πολλές φορές το άτομο πρέπει να υποβληθεί σε μακροχρόνιες θεραπείες, επιβαρύνεται η ψυχική του υγεία και επηρεάζονται το οικογενειακό του περιβάλλον, τα επαγγελματικά του και σε γενικές γραμμές μεταβάλλεται η ποιότητα ζωής του. Γι αυτό το λόγο λοιπόν καλό θα ήταν το άτομο που νοσεί να έρθει σε επαφή με κάποιον ειδικό σε θέματα ψυχικής υγείας ο οποίος θα τον βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματα του ώστε να καταφέρει να συνεχίσει την ζωή του όπως και πριν την εμφάνιση της ασθένειας.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, είναι να μην επηρεαστεί η ποιότητα ζωής του ατόμου που νοσεί όσο διαρκεί η ασθένεια. Με βάση μελέτες που έχουν γίνει είναι αποδεδειγμένο ότι οι ασθενείς ζούσαν περισσότερο και καλύτερα όσο η ποιότητα ζωής τους και η ψυχική τους υγεία δεν επηρεαζόταν και το οικογενειακό τους περιβάλλον τους αντιμετώπιζε φυσιολογικά όπως και πριν την ασθένεια,¹²

2.4 Η ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Για να αντιμετωπιστεί ουσιαστικά και αποτελεσματικά ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ βασικό να διαγνωστεί άμεσα κάτι το οποίο αποτελεί την βάση για την κατάλληλη θεραπεία. Έτσι λοιπόν, οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχουν συχνά τους μαστούς τους και ψηλαφίζοντας την γύρω περιοχή μόνες τους αλλά και μέσω της μαστογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, γίνονται πολλά σεμινάρια και ημερίδες που στοχεύουν στην σωστή ενημέρωση και στην διδασκαλία των γυναικών για τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιούν την μέθοδο της ψηλάφησης και για την μέγιστη σημασία που έχει η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Η χρήση της εξέτασης της μαστογραφίας γίνεται σε όλο τον κόσμο από τους κατάλληλους επιστήμονες και έχει σαν στόχο τον έλεγχο της περιοχής των μαστών για πιθανές βλάβες που δεν μπορούμε να αντιληφθούμε με την μέθοδο της ψηλάφησης .¹³

2.4.1. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Είναι πολύ βασικό να καταλάβουν οι γυναίκες την σημασία που έχει η μέθοδος της ψηλάφησης και ο ρόλος που έχει όταν εντοπίζονται όγκοι που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο στην περιοχή του μαστού. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι πιθανό να εντοπιστούν στην περιοχή του μαστού μικροί όγκοι οι οποίοι δεν είναι απαραίτητο να είναι καρκίνος, παρόλα αυτά όμως θα πρέπει να διερευνηθεί το είδος τους και από πού προέρχονται. Όσο πιο γρήγορα διαγνωστούν τυχόν όγκοι στην περιοχή του μαστού τόσο πιο αποτελεσματική και πλήρης θα είναι η αντιμετώπιση της νόσου. Οι γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στην περίοδο της εμμηνόπαυσης πρέπει να πραγματοποιούν την μέθοδο της

ψηλάφησης κάθε μήνα ενώ για τις υπόλοιπες καλό θα ήταν να κάνουν έλεγχο τις γόνιμες μέρες του μήνα. Συνεχίζοντας, θα πρέπει να τονίσουμε και την σημασία που έχει η προληπτική εξέταση της μαστογραφίας. Είναι υποχρεωτικό να υποβάλλονται στην συγκεκριμένη εξέταση οι γυναίκες που έχουν συμπληρώσει τα 40 έτη. Η εφαρμογή της μεθόδου της μαστογραφίας για γυναίκες κάτω από την ηλικία των 40 γίνεται όταν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που είναι πιθανό να δράσουν αρνητικά στην περιοχή του μαστού. Οι γυναίκες που βρίσκονται στην μέση ηλικία πρέπει να υποβάλλονται στην εξέταση της μαστογραφίας κάθε δύο χρόνια ενώ αυτές που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία κάθε χρόνο. Επειδή σε αυτές τις ηλικίες δεν υπάρχει πυκνότητα στον μαστοφόρο αδένα είναι πιο εύκολο να διαγνωστεί η νόσος σε σχέση με τις νεαρές γυναίκες που αυτό είναι το κύριο χαρακτηριστικό των μαστών τους πράγμα που κάνει πιο δύσκολη την διάγνωση της ασθένειας. Είναι πιθανό η εξέταση της μαστογραφίας στις νεαρές ηλικίες να μην δείξει τα σωστά αποτελέσματα λόγω της μορφής των μαστών τους.

Η εξέταση της μαστογραφίας μας ενημερώνει για το μέγεθος που έχει ο όγκος και για το αν υπάρχουν νεοπλασμάτα.

Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι προτείνεται στις γυναίκες ηλικίας 30 ετών να υποβάλλονται σε κλινικούς ελέγχους στην περιοχή του μαστού. Με αυτό τον τρόπο μπορούμε να διαπιστώσουμε τυχόν μεταβολές του σχήματος και της μορφής του μαστού και τυχόν αλλοιώσεις στο δέρμα στην περιοχή των μαστών (Σακοράφας 2000).

Η ψηλάφηση στα μέρη του μαστού αποτελεί το δεύτερο μέρος που πρέπει να πράξει ο θεράπων ιατρός. Αυτό γίνεται με την άσκηση πίεσης στον μαστό με σκοπό να αγγίζει σε βάθος τα τμήματα του για να μπορέσει να καταλάβει αν κάποιο μέρος του μαστού είναι σκληρό, αν κάποιο τμήμα του είναι ευαίσθητο και αν έχει εμφανιστεί κάποιος όγκος.

Μετά από την διαδικασία της ψηλάφησης, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να δώσει ακριβή περιγραφή για την δυσμορφία που αντιλήφθηκε προσδιορίζοντας την θέση του και την μορφή του αλλά και τον πιθανό πόνο που προκαλεί στην γυναίκα που έχει νοσήσει. Ως επί το πλείστον, ο κακοήθης όγκος χαρακτηρίζεται από σκληρή υφή και μη επώδυνη μορφή.

Το αμέσως επόμενο στάδιο είναι ο κλινικός γιατρός να κάνει εξέταση στην περιοχή της μασχάλης. Αυτό γίνεται με τον εξής τρόπο: η ασθενής βρίσκεται σε καθιστή θέση και ο γιατρός πιέζει τα δάκτυλα του στο πάνω μέρος της μασχάλης. Τις περισσότερες φορές στο σημείο που εξετάζεται διακρίνεται ερυθρότητα και φλεγμονή. Κατόπιν γίνεται εξέταση των λεμφαδένων και της περιοχής της κοιλίας για το αν υπάρχουν κάποιες αλλοιώσεις.

Όταν γίνει διάγνωση ενός όγκου από τον γιατρό, θα πρέπει απαραίτητως η ασθενής να εξεταστεί με την μέθοδο της μαστογραφίας η οποία θα προσδιορίσει ακριβώς τον όγκο και θα ελέγξει και τους δυο μαστούς και αυτόν που έχει εμφανίσει όγκο αλλά και τον υγιή.

Μετά από την εξέταση της μαστογραφίας η γυναίκα που έχει νοσήσει κάνει υπερηχογράφημα. Η συγκεκριμένη εξέταση προτείνεται για γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε νεαρή ηλικία και τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων δεν είναι ακριβή. Επιπλέον, προτείνεται σε περιστατικά που πρέπει να γίνει προσδιορισμός και διάκριση της μάζας σε συμπαγή ή κυστική. Το υπερηχογράφημα δεν μπορεί να κάνει προσδιορισμό για το αν υπάρχουν μικροαποτιτανώσεις που έχουν σχέση με την ύπαρξη καρκίνου του μαστού και αυτό αποτελεί το μειονέκτημα του. Γι αυτό λοιπόν η συγκεκριμένη εξέταση δεν συνιστάται για τον προληπτικό έλεγχο των γυναικών από την στιγμή που δεν έχουν εμφανίσει ακριβή συμπτώματα.¹⁷

Ορισμένες μέθοδοι οι οποίες έχουν συγγένεια με το υπερηχογράφημα και οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για τις προληπτικές εξετάσεις είναι η μέθοδος MRI, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και η αξονική τομογραφία. Παρόλα αυτά όμως για κάποιους συγκεκριμένους τύπους καρκίνου μας δίνουν χρήσιμες πληροφορίες. Τελειώνοντας, η παρακέντηση η οποία αποτελεί μια οικονομική εξέταση και λειτουργεί αποτελεσματικά στην θεραπεία για τις κύστες μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διερευνήσει το είδος της μάζας .¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όταν αναφέρουμε την λέξη «καρκίνος», παρά το γεγονός ότι η ιατρική και η επιστήμη έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόοδο, μας δημιουργείται ένας φόβος και ένα άγχος. Αυτό συμβαίνει διότι δεν έχουν ακόμα διερευνηθεί οι αιτίες που προκαλούν την συγκεκριμένη νόσο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της να μας φαίνονται περίπλοκοι και μη κατανοητοί. Η παρουσία κακοήθους όγκου στην ευρύτερη περιοχή του μαστού αποτελεί τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον πρέπει να αναφέρουμε ότι εμφανίζεται με μεγάλα ποσοστά στις γυναίκες. Επίσης, αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στον γυναικείο πληθυσμού που κατοικούν στην Ευρώπη.

Το πόσο συχνά εμφανίζεται, διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από χώρα σε χώρα. Συνήθως παρουσιάζεται στις γυναίκες ηλικίας 50-60 ετών. Όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών τόσο πιο συχνά παρουσιάζονται περιστατικά καρκίνου του μαστού. Αποτελεί πολύ σπάνιο γεγονός να εμφανιστεί σε γυναίκες κάτω των 25 ετών.¹⁸

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Με βάση την Παθολογία «ο καρκίνος είναι η κυτταρική νόσος η οποία προκαλείται από παθολογικά κύτταρα στους ιστούς του ανθρώπινου σώματος» (Cecil ,1991). Η νοσολογία του καρκίνου εμφανίζεται σε πάνω από εκατό εκφάνσεις με κοινό στοιχείο την μη φυσιολογική ανάπτυξη των κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά που δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά επικεντρώνονται σε κάποιο όργανο του ανθρώπινου σώματος με αποτέλεσμα να προκαλούν την καταστροφή των υγιή κυττάρων. Αυτό

έχει σαν αποτέλεσμα να επεκτείνεται ο καρκίνος και σε άλλα όργανα του ανθρωπίνου σώματος.

Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού βρίσκεται στους γαλακτοπαραγωγούς αδένες του μαστού ή στους γαλακτοφόρους πόρους. Η λειτουργία των γαλακτοφόρων πόρων είναι να μεταφέρουν το γάλα προς τις θηλές. Το πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι το διάστημα στο οποίο ο καρκίνος βρίσκεται στο λιπώδη ιστό του μαστού. Στην συνέχεια, υπάρχουν πιθανότητες να γίνει εξάπλωση του στους υποκείμενους ιστούς του θωρακικού τοιχώματος και τότε έχουμε έναν τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού και αργότερα μπορεί να εξαπλωθεί και σε άλλα όργανα στο σώμα οπότε μιλάμε για έναν μεταστατικό καρκίνο του μαστού.¹⁶

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως έχουμε αναφέρει και προηγουμένως, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος που εμφανίζεται στις γυναίκες. Με βάση τη Διεθνή Έκθεση για την ασθένεια του καρκίνου που έγινε στη Γενεύη της Ελβετίας τον Απρίλιο του 2003, καταγράφηκαν περίπου 1.000.000 νέα περιστατικά παγκοσμίως.

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

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα θα μπορούσαμε να πούμε ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα παρουσιάζει επιδημικές διαστάσεις,⁴⁴

Οι πιθανότητες να παρουσιάσει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής της αγγίζει το 13%. Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια αυτό το πρόβλημα έχει παρουσιάσει αύξηση περίπου 1-2% κάθε χρόνο. Επιπλέον, περίπου 1.000.000 γυναίκες παγκοσμίως χάνουν την ζωή τους από καρκίνο του μαστού. Στις ανεπτυγμένες χώρες το 23% των κακοηθών νεοπλασμάτων των γυναικών αφορά τον καρκίνο του μαστού.⁴⁴

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

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

Στην δεκαετία του 1990 παρατηρείται μείωση των ποσοστών θανάτου από καρκίνο του μαστού με πιο χαμηλά ποσοστά στις γυναίκες κάτω των 50 ετών. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η μείωση αυτή οφείλεται στην άμεση διάγνωση του καρκίνου του μαστού και στην γρήγορη αντιμετώπιση του. Οι προληπτικοί έλεγχοι και συγκεκριμένα η μαστογραφία καθώς και η ανάπτυξη και η βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων συμβάλλουν στην μείωση των ποσοστών θανάτου. Επίσης πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει συνεχής αύξηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν με επιτυχία τον καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα, στις ΗΠΑ από το 2006 περίπου 2,5 εκατομμύρια γυναίκες αντιμετώπισαν με επιτυχία την συγκεκριμένη ασθένεια.²⁷

Στην χώρα μας, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος του γυναικείου πληθυσμού και ταυτόχρονα η πιο βασική αιτία θανάτου. Επιπλέον, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού κατά μέσο όρο είναι 1.151 θάνατοι ανά έτος και εδώ πρέπει να πούμε ότι το συγκεκριμένο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης είναι χαμηλό. Συγκρίνοντας το αντίστοιχο ποσοστό θνησιμότητας στην Ιαπωνία και σε άλλες χώρες της Ασίας τα ποσοστά αυτά είναι ιδιαίτερα υψηλά. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ελλάδα παρουσιάζεται αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού με ποσοστό 4% το χρόνο. Τέλος, στην χώρα μας στις αστικές περιοχές η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι 60% μεγαλύτερη απ' ό τι στις αγροτικές περιοχές.¹⁶

3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Υπάρχει διαφορά στην πρόγνωση των διαφόρων ιστολογικών τύπων. Παρόλα αυτά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε το πώς θα ανταποκριθεί ο κάθε τύπος στα θεραπευτικά μέσα. Αυτό γίνεται διότι στα διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα δεν γίνεται ομαδοποίηση των ασθενών με βάση τον ιστολογικό τύπο καρκίνου του μαστού από τον οποίο νοσούν.

Πορογενής διηθητικός καρκίνος του μαστού: Δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά και γι' αυτό αναφέρεται ως

πορογενής διηθητικός μη ειδικού τύπου (μ.ε.τ.). Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος και αποτελεί το 50% - 75% των διηθητικών καρκίνων μαστού. Ο συγκεκριμένος τύπος παρουσιάζει τη φτωχότερη πρόγνωση, συγκριτικά με τους άλλους τύπους.²⁶

Μυελοειδής καρκίνος του μαστού: Ο μυελώδης καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5%-7% όλων των διηθητικών καρκίνων του μαστού. Είναι μια μαλακή μάζα σε σχήμα σφαίρας με καλά περιγεγραμμένα όρια που μπορεί να είναι σαν ένα ιναδένωμα. Η πρόγνωση που παρουσιάζεται στον συγκεκριμένο τύπο είναι ιδιαίτερα μεγάλη.²⁵

Βλεννώδης καρκίνος του μαστού: Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου αντιπροσωπεύει το 1,5% - 5% των καρκίνων του μαστού. Ως επί το πλείστον εμφανίζεται σε μεγάλες ηλικίες και αναπτύσσεται αργά. Πρόκειται για έναν μαλακό όγκο, καλά περιγεγραμμένο, χωρίς κάψα και με ζελατινώδη εμφάνιση. Πολλές φορές εμφανίζεται μαζί με τον με τον πορογενή διηθητικό μ.ε.τ.. Χαρακτηρίζεται από ευνοϊκή πρόγνωση.²⁵

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

Σωληνώδης καρκίνος του μαστού: Αντιπροσωπεύει το 9% των καρκίνων του μαστού. Η μάζα του δεν είναι σαφώς περιγεγραμμένη κι η σύσταση του είναι ιδιαίτερα σκληρή. Διακρίνεται δύσκολα από τον πορογενή διηθητικό καρκίνο του μαστού μ.ε.τ. Επίσης, είναι πιθανό να βρίσκεται μαζί με in situ καρκινώματα. Η πρόγνωσή του

είναι εξαιρετική.²⁵

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

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

Με βάση έρευνες και μελέτες που έχουν διεξαχθεί οι συγκεκριμένοι τύποι καρκίνου εμφανίζονταν εξαιρετικά σπάνια πριν το 1970 με ποσοστό 0,5% - 5% σε αντίθεση με σήμερα που έχει παρουσιαστεί αύξηση των μη διηθητικών καρκίνων με ποσοστό 20%.³¹

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

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

Όσον αφορά την μορφοποίηση του συγκεκριμένου τύπου, γίνεται υποδιαίρεση σε διάφορους τύπους που είναι ο φαγεσωρικός, ο θηλώδης και ο ημοειδής. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι είναι μια πολυκεντρική ασθένεια ενώ άλλοι την θεωρούν μονοκεντρική και εκτεταμένη. Η έκταση της ασθένειας παθολογικά και ανατομικά είναι πολλές φορές μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται από τη μαστογραφία.²³

Λοβιακός καρκίνος in situ: Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου αποτελεί ένα τυχαίο μικροσκοπικό εύρημα χωρίς να παρουσιάζει ιδιαίτερα κλινικά μαστογραφικά ή μακροσκοπικά παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά. Η συχνότητά του είναι περίπου 1% - 3% των βιοψιών. Εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση και συνήθως είναι πολυκεντρικός και αμφοτερόπλευρος.⁴²

Ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι ο λοβιακός καρκίνος in situ. Τις περισσότερες φορές ο διηθητικός καρκίνος που έπεται είναι πορογενής και όχι λοβιακός. Δυστυχώς δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά του λοβιακού καρκίνου in situ τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο να αναπτυχθεί διηθητικός καρκίνος του μαστού.³⁶

3.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΣΧΗΜΑ TNM

Για να μπορέσουμε να έχουμε την δυνατότητα να συγκρίνουμε και να ταξινομήσουμε τον καρκίνο του μαστού, έγινε η δημιουργία σε διεθνή βάση ενός υποδείγματος ταξινομήσεως της παθήσεως το οποίο είναι γνωστό σαν σχήμα TNM και τα αρχικά του σημαίνουν: T = είναι ο πρωτοπαθής όγκος και το μέγεθος του όγκου (Tumor), και μετριέται στη μεγαλύτερη διάμετρο. N = αφορά τα επιχώρια λεμφογάγγλια (από τα λατινικά Nodi lym- phatici). M = αφορά πιθανές μεταστάσεις.

Για τον καρκίνο του μαστού υπάρχουν τα παρακάτω κλινικά στάδια:

T0 = δεν υπάρχει πρωτοπαθής όγκος, δηλ. δεν διαπιστώνεται όγκος.

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

T1 = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 2 cm.

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

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

T1c = η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 2 cm.

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

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

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

T4a = στο θωρακικό τοίχωμα.

T4b - οίδημα δέρματος, εξέλκωση, δορυφόρα

οζίδια

T4c= φλεγμονώδες καρκίνωμα

Σημείωση:

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

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

Γ) Η έλξη του δέρματος δεν επηρεάζει τη σταδιοποίηση 51
Αμφοτερόπλευρος καρκίνος σταδιοποιείται χωριστά

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

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

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

N3 = Λεμφαδένες έσω μαστικής.

MO = Καμία μετάσταση.

M1 = Διαπιστούμενες μεταστάσεις.

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

Γίνεται ταξινόμηση σύμφωνα με το TNM-σχήμα πριν από την εγχείρηση με τις συνήθειες εξετάσεις (ψηλάφηση, μαστογραφία). Δυστυχώς η συγκεκριμένη ταξινόμηση δηλαδή. πριν από την εγχείρηση, δεν είναι ακριβής. Στην περίπτωση που το λεμφογάγγλιο είναι διογκωμένο λόγω καρκινικών κυττάρων που έχουν κάνει μετάσταση γίνεται διάγνωση μόνο μικροσκοπική εξέταση. Γίνεται ταξινόμηση μόνο μετά από την διάγνωση του εξειδικευμένου γιατρού διότι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι λεμφαδένες είναι υψίστης σημασίας. Ο παθολογοανατόμος προβαίνει σε εξέταση του όγκου και τότε μόνο

αναφέρονται οι ακριβείς διαστάσεις του όγκου ("T") και η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι λεμφαδένες "N". Το γράμμα «ρ» προστίθεται στην ταξινόμηση για να διευκρινίσουμε ότι ο παθολογοανατόμος έχει συμβάλλει στην ταξινόμηση. Ένα παράδειγμα ταξινόμησης ενός καρκίνου είναι: ρ 11 NO MO.

Αυτό θα μπορούσε να είναι ένα ευνοϊκό εύρημα, το οποίο παρουσιάζεται σε έναν καρκίνο του μαστού και σημαίνει ότι: η νεοπλασία δεν είναι πάνω από 2 cm, τα λεμφογάγγλια είναι ελεύθερα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις. Στην συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχουν 90 - 100% πιθανότητες να ιαθεί πλήρως ο καρκίνος.²⁵

3.5 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η πιο συχνή μορφή καρκίνου για τις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες. Στις Η.Π.Α. καθώς και στην Δυτική Ευρώπη, ο καρκίνος του μαστού είναι η βασική αιτία θανάτου από καρκίνο για τις γυναίκες. Μία στις εννέα γυναίκες που γεννιούνται στις Η.Π.Α, θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Το 1995 παρουσιάστηκαν 180.000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού στις Η.Π.Α και 45.000 γυναίκες πέθαναν από την ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 25 και 35 ετών και γενικότερα στις γυναίκες ηλικίας 35-50 ετών. Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη ασθένεια αποτελεί την πιο σοβαρή αιτία θανάτου σε συνδυασμό με το ότι ο μαστός είναι επηρεασμένος από τον σύγχρονο τρόπο ζωής ενώ παράλληλα αποτελεί σύμβολο ομορφιάς και υγείας, έχει δημιουργηθεί στην γυναίκα φόβος, άγχος και ανασφάλεια. Στην Ελλάδα, γίνεται μεγάλη προσπάθεια τα τελευταία χρόνια να ενημερώνονται σωστά οι γυναίκες και να υποβάλλονται σε εξετάσεις

όπως είναι η μαστογραφία ώστε να γίνεται η καλύτερη πρόληψη του συγκεκριμένου καρκίνου.

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε τρία είδη διάγνωσης. Την κλινική διάγνωση, την εργαστηριακή και την εγχειρητική. Σε πολλές περιπτώσεις βέβαια η αυτοεξέταση του μαστού από την ίδια την γυναίκα είναι αυτή που θα την οδηγήσει στον γιατρό και θα υποβληθεί σε περαιτέρω εξετάσεις αφού μέσω αυτής θα αντιληφθεί εάν υπάρχει κάποιος όγκος ή κάποιο άλλο ύποπτο εύρημα.¹⁹

3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε γενικές γραμμές μέχρι και σήμερα δεν μπορούν να διευκρινιστούν τα αίτια που προκαλούν καρκίνο. Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν και να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού στην γυναίκα. Τέτοιοι παράγοντες είναι: η αρχή της εμμηνου ρύσεως, η εμμηνόπαυση και η γέννηση παιδιών. Αυτό γίνεται διότι υπάρχει ευαισθησία κατά την περίοδο της εφηβείας και της εγκυμοσύνης, των φυσιολογικών επιθηλιακών κυττάρων του μαστού. Στις συγκεκριμένες περιόδους, οι ορμόνες μεταβάλλονται συνεχώς. Επίσης, παράγοντες όπως είναι τα οιστρογόνα που βρίσκονται στα αντισυλληπτικά χάπια και στις ορμονοθεραπείες, μέσα από μελέτες που έχουν γίνει, έχουν χαρακτηριστεί ως πιθανά αίτια που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού.³⁷

Είναι πάρα πολύ σημαντικό οι κλινικοί γιατροί να γνωρίζουν πλήρως τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην πρόκληση καρκίνου του μαστού. Με αυτό τον τρόπο θα εφαρμοστούν τα κατάλληλα προγράμματα πρόληψης στον γυναικείο πληθυσμό με βασικό στόχο την έγκαιρη διάγνωση και την πλήρη ίαση της ασθένειας.

Οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν καρκίνο του μαστού, διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες και είναι:

- Ιογενείς παράγοντες
- Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
- Ορμονικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Παράγοντες που σχετίζονται με τη γεννητική υπόσταση της γυναίκας
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Παθολογοανατομικοί παράγοντες (ινοκυστική μαστοπάθεια)
- Φαρμακευτικοί παράγοντες.³⁶

3.6.1 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μέσα από έρευνες και μελέτες που έχουν γίνει στην ανοσολογία και στον καρκίνο του μαστού των ποντικών διαπιστώθηκε ότι αυξάνονται οι πιθανότητες να προκληθεί καρκίνος του μαστού στην γυναίκα από την προέλευση κάποιου ιού. Πιο συγκεκριμένα, αποκαλύφθηκε ότι υπάρχει κάποιος ιός ο οποίος βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό σε λανθάνουσα κατάσταση και μόλις ενεργοποιηθεί από διαιτητικούς, γενετικούς και ορμονικούς παράγοντες προκαλεί καρκίνο του μαστού.³⁶

3.6.2. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το πόσο συχνά εμφανίζεται ο καρκίνος εξαρτάται από τρεις παράγοντες που αφορούν το ίδιο το άτομο και είναι: η ηλικία, η γεωγραφική κατανομή και το φύλο. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει

κατά κύριο λόγο τις γυναίκες και πολύ σπάνια τους άντρες. Ειδικότερα, η αναλογία ανδρών/γυναϊκών με καρκίνο του μαστού είναι 1:100.

Έρευνες, απέδειξαν ότι άλλος ένας παράγοντας που συμβάλλει στο να προκληθούν νεοπλάσματα στον μαστό αφορά τον γεωγραφικό καταμερισμό του πληθυσμού. Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται πιο συχνά στον δυτικό κόσμο απ' ό τι στην Αμερική, στην Ασία ή στη Μέση Ανατολή. Κατά μέσο όρο υπάρχει συχνότητα εμφάνισης στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στην Ολλανδία η ασθένεια εμφανίζεται πολύ πιο συχνά από ό τι στα άλλα κράτη. Είναι διαπιστωμένο και επίσης συγκλονιστικό ότι οι Αμερικανίδες σε σχέση με τις Γιαπωνέζες εμφανίζουν επτά φορές συχνότερα καρκίνο του μαστού και δεν υπάρχει καμία διαφορά όταν οι δεύτερες μεταναστεύουν στην Αμερική.

Η ηλικία αποτελεί τον πιο βασικό παράγοντα για να εμφανιστεί καρκίνος του μαστού στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλώνει η ηλικία της γυναίκας τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί καρκίνος του μαστού. Οι γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που βρίσκονται μετά. Στην συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένα ποσοστά κρουσμάτων: οι γυναίκες ηλικίας 15 – 39 ετών εμφανίζουν καρκίνο του μαστού με ποσοστό 0,5%. Από 40 – 59 ετών αυξάνεται το ποσοστό στο 4% και στην ηλικία άνω των 60 το ποσοστό είναι περίπου στο 7%. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα περισσότερα περιστατικά αφορούν γυναίκες άνω των 50 και παραπάνω από τα μισά άνω των 60.⁴²

3.6.3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η φυσιολογία του μαστού επηρεάζεται από τις συνεχείς μεταβολές των ορμονών στον γυναικείο οργανισμό. Αυτό γίνεται διότι ο μαστός βρίσκεται σε εξάρτηση από τις ορμόνες και συγκεκριμένα από τα οιστρογόνα. Για να αντιμετωπιστούν οι ενδοκρινικές διαταραχές γίνεται λήψη φαρμάκων τα οποία συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ένας παράγοντας που αιτιολογεί την πρόληψη.

Είναι αποδεδειγμένο μέσα από έρευνες ότι τα οιστρογόνα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης δρουν προστατευτικά στο να αναπτυχθεί καρκίνος. Αντιθέτως, καρκινογόνο δράση παρουσιάζουν η αυξημένη έκκριση της οιστρόνης και οιστραδιόλης. Επιπλέον, όταν αυξάνονται οι αννωορρηκτικοί κύκλοι στην αναπαραγωγική περίοδο της γυναίκας μειώνεται και η προστασία του καρκίνου. Αυτό γίνεται διότι μειώνεται η παραγωγή οιστριόλης και προγεστερόνης και αυξάνεται ο χρόνος έκθεσης πιθανών διαφορετικών δράσεων άλλων ορμονών. Τέλος, είναι πιθανό να υπάρξει μια μικρή πιθανότητα εμφάνισης της ασθένειας όταν λαμβάνονται μακροχρόνια οιστρογόνα κατά την κλιμακτήριο.³

3.6.4 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι ήδη διαπιστωμένο εδώ και πάρα πολλά χρόνια ότι ο παράγοντας κληρονομικότητα παίζει μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση καρκίνου. Για παράδειγμα μια γυναίκα έχει διπλάσια πιθανότητα από άλλες γυναίκες να εμφανίσει καρκίνο όταν κάποιο άτομο από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον (μητέρα, αδερφή) έχει παρουσιάσει καρκίνο και τριπλάσια πιθανότητα όταν η μητέρα ή η αδερφή της έχουν παρουσιάσει καρκίνο του μαστού. Ακόμη, είναι διαπιστωμένο ότι αυξάνονται τα κρούσματα σε κόρες ή αδερφές γυναικών που είχαν νοσήσει σε μικρή ηλικία με ποσοστό από 20 – 50 %. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται ακόμα πιο πολύ όταν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος ή όταν έχει παρουσιαστεί σε παραπάνω από δυο συγγενείς πρώτου βαθμού συγγένειας. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι, υπάρχει μεταβολή του κινδύνου ανάλογα με την ηλικία που έχει παρουσιαστεί στον συγγενή και αν βρισκόταν στον ένα ή και στους δυο μαστούς. Πιο αναλυτικά, όσο πιο μικρός σε ηλικία ήταν ο συγγενής που εμφάνισε καρκίνο, τόσο πιο μεγάλο είναι το ποσοστό κινδύνου για τις υπόλοιπες γυναίκες στην οικογένεια.^{3,4}

3.6.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο άνθρωπος ο οποίος διαρκώς επικοινωνεί με τους συνανθρώπους του και με τον χώρο που τον περικλείει, σαν ζωντανός οργανισμός που είναι, επηρεάζεται πάρα πολύ από το εξωτερικό περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, είναι αποδεδειγμένο μέσα από έρευνες, ότι είναι καρκινογόνα η ακτινοβολία που δημιουργείται μέσα από την εξέταση της ακτινογραφίας ή της μαστογραφίας.¹⁸

3.6.6 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού και η συχνότητα αυτού διαφέρει ανάλογα με την χώρα είναι οι συνήθειες που υπάρχουν στην διατροφή.

Επίσης, είναι διαπιστωμένο ότι οι γυναίκες οι οποίες τρέφονται πολύ συχνά με λιπαρά και έλαια έχουν πολλές παραπάνω πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού από αυτές οι οποίες δεν τα συμπεριλαμβάνουν στην διατροφή τους. Αυτό γίνεται διότι τα πολλά λιπαρά και οι ζωικές πρωτεΐνες στην διατροφή, αλλάζουν τον ενδοκρινικό μεταβολισμό, με αποτέλεσμα η ανάπτυξη της γυναίκας να γίνεται με γρήγορους ρυθμούς και να προκαλείται πρόωμη αρχή της εμμήνου ρύσεως.

Σ' αυτό το σημείο, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το λίπος είναι ένα όργανο που παράγει οιστρογόνα και έτσι μπορούμε να εξηγήσουμε γιατί στις γυναίκες με παχυσαρκία εμφανίζεται πολύ συχνά καρκίνος του μαστού. Επιπλέον, οι ουσίες που περιέχονται στις δίαιτες που υπάρχουν στην σύγχρονη κοινωνία είναι πιθανό να έχουν καρκινογόνο δράση.¹⁴

Επίσης, διεξάγονται έρευνες οι οποίες έχουν σαν θέμα το κατά πόσο η λήψη μεθυλοξανθινών που είναι ο καφές, το τσάι, η κόκα κόλα και η σοκολάτα συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι το 90% των γυναικών λαμβάνουν καθημερινά αυτές τις ουσίες. Παρόλα αυτά, δεν είναι αποδεδειγμένο ότι οι συγκεκριμένες ουσίες προκαλούν καρκίνο του μαστού.¹³

Το αλκοόλ επιδρά αρνητικά και δημιουργεί δυσλειτουργίες στον οργανισμό που είναι πιθανόν να προκληθεί καρκίνος του μαστού.

Επίσης, η **κατανάλωση αλκοολούχων ποτών** από τις γυναίκες πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνεται.

Ανάλογα με τα χρόνια τα οποία έχει καταναλώσει αλκοόλ η ασθενής γίνεται συσχέτιση του συγκεκριμένου με την νόσο. Σ' αυτό το σημείο, πρέπει να αναφέρουμε ότι έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού τα άτομα που κατανάλωναν αλκοόλ στην εφηβική ηλικία.

Το κάπνισμα, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα επίπεδα των οιστρογόνων, την ικανότητα σωματικής άσκησης καθώς και την περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Η **σωματική άσκηση** πιθανολογείται ότι προστατεύει τον οργανισμό από την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.⁹

3.6.7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ)

Η ινοκυστική μαστοπάθεια συνδέεται άμεσα με τον καρκίνο του μαστού. Όταν τα κύτταρα ξεκινούν την φάση του πολλαπλασιασμού τότε μπορούμε να διακρίνουμε τον φυσιολογικό μαστό από τον μαστό που έχει προσβληθεί από καρκίνο. Δημιουργούνται κύστες οι οποίες έχουν διάμετρο από 2 μέχρι 3 χιλιοστά.

Είναι πιθανό να γίνει επανεμφάνιση του καρκίνου σε μία στις δέκα γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη νοσήσει. Συνήθως τα προηγούμενα χρόνια, όταν γινόταν μαστεκτομή εμφανιζόταν ο νέος καρκίνος και στον άλλο μαστό. Επίσης είναι πιθανόν στο ίδιο μαστό που έχει καρκίνο και υποστεί χειρουργική επέμβαση να παρουσιαστεί νέος καρκίνος.¹⁶

3.6.8 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Επιστημονικά, δεν μπορούμε να αποδείξουμε ότι τα φάρμακα και τα καλλυντικά έχουν σχέση με διάφορες μορφές καρκίνου. Παρόλα αυτά, ένας παράγοντας που αιτιολογεί την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι η λήψη ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις και η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών για πολλά χρόνια.¹⁶

3.6.9 ΆΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παρακάτω παρουσιάζονται περαιτέρω παράγοντες κινδύνου:

- ✓ ιστορικό ατυπίας στο μαστό
- ✓ το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- ✓ η προέλευση
- ✓ προηγούμενο ιστορικό καρκίνου των ωθηκών ή του ενδομητρίου
- ✓ οικογενειακό ιστορικό¹⁸

3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ως επί το πλείστον, ο καρκίνος του μαστού, δεν παρουσιάζει συμπτώματα τα οποία να ανησυχούν την γυναίκα που έχει νοσήσει. Οπότε μπορούμε να πούμε ότι είναι μια ασθένεια ασυμπτωματική. Για να διαγνωστεί, πρέπει το άτομο να υποβληθεί σε περιοδικό προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο (screening mammography). Παρόλα αυτά μερικές γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα όπως είναι οζίδια στο μαστό,

αλλοίωση στο δέρμα και στην θηλή, πόνο, ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή.¹⁸

Σε γενικές γραμμές, όταν μια γυναίκα παρουσιάσει όγκο ή οζίδιο στο μαστό μετά την εμμηνόπαυση θεωρούμε ότι είναι καρκίνος μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Το ίδιο βέβαια θα πρέπει να θεωρήσουμε όταν μια γυναίκα βρίσκεται σε ορμονοθεραπεία υποκατάστασης. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν είναι απαραίτητο κάθε όγκος που παρουσιάζεται στο μαστό να είναι καρκίνος, τουλάχιστον το 70-80% των όγκων δεν αποτελούν καρκίνο. Αυτό βέβαια αποδεικνύεται μόνο με διαγνωστικό έλεγχο και κυρίως με την βιοψία.

Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό όταν υπάρχει έκκριση από την θηλή η οποία γίνεται μόνο στον ένα μαστό, μετά την εμμηνόπαυση, όταν η προέλευση της είναι από ένα γαλακτοφόρο πόρο, είναι διαυγής, ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.

Θεωρούμε ότι υπάρχει φλεγμονώδης καρκίνος και το οποίο αποδεικνύεται μέσω της βιοψίας όταν μια γυναίκα σε ηλικία μεγαλύτερη από 40 έτη παρουσιάσει φλεγμονή στο δέρμα του μαστού. Ανησυχητικό είναι επίσης, όταν υπάρχουν εισολκές στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού. Ακόμα χαρακτηριστική είναι και η μορφή που παίρνει το δέρμα του μαστού σαν ένας φλοιός πορτοκαλιού

Ο πόνος δεν είναι ένα συνηθισμένο σύμπτωμα, παρόλα αυτά όμως όταν εμφανίζεται πόνος στην μάζα του στήθους δεν αποκλείεται να είναι καρκίνος. Ο πόνος στο στήθος ο οποίος εμφανίζεται και στους δυο μαστούς και έχει σχέση με την έμμηνο ρύση της γυναίκας οφείλεται σε μεταβολές που παρουσιάζονται στις ορμόνες και τις περισσότερες φορές δεν είναι απαραίτητα καρκίνος.

Είναι πολύ σπάνιο να εμφανιστεί για πρώτη φορά καρκίνος του μαστού σαν μετάσταση δηλαδή να εμφανιστεί πόνος λόγω οστικών μεταστάσεων ή να διογκωθεί ο μασχαλιαίος λεμφαδένας κλπ.

Σε γενικές γραμμές, ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Εξόγκωμα, όγκος ή σκλήρυνση στην περιοχή του μαστού.
- Έκκριση υγρών ή αίματος από τη θηλή του μαστού.
- Διόγκωση λεμφαδένων της μασχάλης.
- Έλξη του δέρματος ή της θηλής προς το εσωτερικό του μαστού
- Αλλοιώσεις του δέρματος
- Ευαισθησία ή πόνος στο στήθος ⁴²

Συμπεραίνοντας, είναι πασιφανές ότι εάν μια γυναίκα παρατηρήσει κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφτεί τον γιατρό της και να ξεκινήσουν οι απαραίτητες εξετάσεις. ¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1 Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι γυναίκες ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού και γι αυτό τον λόγο η πρόληψη της συγκεκριμένης ασθένειας είναι πάρα πολύ σημαντική. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει σε γενικές γραμμές η δυνατότητα να προληφθεί η ασθένεια παρά το γεγονός ότι γίνονται πολλές προσπάθειες από τους επιστήμονες. Ωστόσο, παρουσιάζονται πληροφορίες οι οποίες έχουν σαν στόχο την πρόληψη, χωρίς βέβαια να είναι αποδεδειγμένο πόσο αποτελεσματικές είναι και αφορούν μια πιο υγιεινή στάση ζωής η οποία συνδυάζεται με την σωστή διατροφή και την φυσική άσκηση.¹²

4.2 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ

Σύμφωνα με τον Mendel, τα βιολογικά φαινόμενα που αλληλεπιδρούν σε κάθε μορφή ζωής, συνδέονται άμεσα με την εξέλιξη της ασθένειας του καρκίνου. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι καθώς υπάρχει εξέλιξη του DNA των οργανισμών μέσα από τα χρωμοσώματα, έτσι γίνονται και οι γενετικές ή μη μεταβολές που δημιουργούν τον καρκίνο. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει επίσης και την άποψη ότι ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί από ένα και μόνο κύτταρο. Η συγκεκριμένη σκέψη η οποία αποτελεί τμήμα της εξελικτικής θεωρίας, θεωρεί ότι δημιουργείται καρκίνος από ένα μοναδικό κύτταρο που έχει νοσήσει το οποίο συνεχώς πολλαπλασιάζεται. Αυτό το συγκεκριμένο κύτταρο είναι ικανό να μεταλλάξει την μορφή που έχει ο καρκίνος επειδή είναι πιθανό να

εμφανίσει ετερογένεια και επίσης είναι ικανό να οδηγήσει σε μετάσταση της ασθένειας. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε ότι η μετάλλαξη που παρουσιάζεται στην δημιουργία του καρκινικού κυττάρου το κάνει να διαφέρει ακόμα πιο πολύ από τα υγιή κύτταρα. Το αποτέλεσμα της εξέλιξης του κυττάρου που νοσεί είναι να αντέχουν πολύ περισσότερο στις θεραπευτικές μεθόδους επειδή έχουν γίνει πολύ ανθεκτικά.^{11,14}

4.3 Η ΚΛΙΜΑΚΩΤΗ ΚΑΙ ΕΥΘΕΙΑ ΟΔΟΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σύμφωνα με το πώς εξελίσσεται κλιμακωτά η νόσος, ο καρκίνος που έχει δημιουργηθεί διαχέεται στο μέρος του μαστού εσωτερικά και ταυτόχρονα γίνονται μεταστάσεις στους γύρω ιστούς με αποτέλεσμα να προκαλείται επέκταση της ασθένειας.

Όσον αφορά την ευθεία οδό, ο καρκίνος διαχέεται αμέσως χωρίς να εξελίσσεται σταδιακά. Ο καρκίνος του μαστού έχει την δυνατότητα αναμφισβήτητα να επεκτείνεται τοπικά με το πέρασμα από το εξωτερικό στο εσωτερικό τμήμα του και φτάνοντας μέχρι την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός. Επίσης, αυτή η δυνατότητα επέκτασης του, δημιουργεί τις περισσότερες φορές λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις. Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μεταστάσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό στο ήπαρ, κατόπιν στους πνεύμονες και ακολουθούν τα οστά και ο εγκέφαλος.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ότι την τελευταία εικοσαετία έχουν υπάρξει πολλές μεταβολές στην ποιότητα της θεραπείας. Αυτό συμβαίνει διότι κατά κύριο λόγο γίνονται πολλές εκ βαθέων μελέτες που αφορούν την φυσιολογία και την ανατομία του μαστού και επίσης το γεγονός ότι μπορεί να γίνει διάγνωση της νόσου έγκαιρα ακόμα και από το ίδιο άτομο που έχει νοσήσει. Ακόμα, όσο συνεχίζονται οι έρευνες και αναπτύσσονται μέθοδοι ανακάλυψης, υπάρχει αύξηση του αριθμού των όγκων που εμφανίζονται για πρώτη φορά και πρωτύτερα δεν υπήρχε δυνατότητα διάγνωσης. Τέλος βασικό ρόλο στις μεταβολές που έχουν γίνει στην ποιότητα της θεραπείας έχουν και οι νέες συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας που έχουν αναπτυχθεί αλλά και η στάση των ογκολόγων απέναντι στον καρκίνο του μαστού .⁴¹

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι σύγχρονες μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού έχουν αυξήσει σημαντικά το όριο ηλικίας των γυναικών που νοσούν. Όπως αναφέραμε και προηγουμένως η θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί η ασθενής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο που βρίσκεται η ασθένεια. Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν και άλλοι

παράγοντες όπως είναι η ηλικία της γυναίκας που έχει νοσήσει και την οποία κατηγοριοποιούμε σε πριν την εμμηνόπαυση και μετά την εμμηνόπαυση, το μέγεθος του όγκου, η ταξινόμηση του αλλά και η εξάρτηση του από τις ορμόνες.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται σε αρχικό στάδιο προτείνεται κατά κύριο λόγο χειρουργική επέμβαση στην οποία είτε θα αφαιρεθεί κάποιο μέρος του μαστού είτε ολόκληρος ο μαστός και για να μην μείνουν καρκινικά κύτταρα προτείνεται ταυτόχρονα και κάποιος αριθμός ακτινοβολιών.

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

Στην περίπτωση που ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο ή έχει κάνει μεταστάσεις τότε συνιστάται κατά κύριο λόγο η μέθοδος της χημειοθεραπείας ή και της ορμονοθεραπείας. Το αν θα χορηγηθούν επιπλέον φάρμακα σε συνδυασμό με τις παραπάνω θεραπείες εξαρτάται από το πόσο έχουν επηρεαστεί τα όργανα από τον καρκίνο.

Συνεχίζοντας, θα παρουσιάσουμε αναλυτικά τις θεραπευτικές μεθόδους που είναι: η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η θεραπεία με βιολογικούς τροποποιητές και η ορμονοθεραπεία.⁴²

5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Για να θεωρηθεί μια χειρουργική επέμβαση επιτυχημένη, όπως υποστηρίζουν οι ογκολόγοι, θα πρέπει να γίνει καθαρισμός σε όλη την περιοχή της μασχάλης πράγμα που σημαίνει ότι αυξάνονται οι

πιθανότητες να ιαθεί πλήρως η ασθένεια και μειώνεται το ενδεχόμενο να υποτροπιάσει. Επίσης κάποιοι υποστηρίζουν ότι ελαττώνεται ο αριθμός των καρκινικών κυττάρων όταν αφαιρεθεί ο όγκος πράγμα που σημαίνει ότι η θεραπευτική μέθοδος της χημειοθεραπείας που συνδυάζεται λειτουργεί πιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η χειρουργική επέμβαση είναι η βάση για τα θεραπευτικά προγράμματα που διεξάγονται ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η πρώτη προσπάθεια που έγινε για να αντιμετωπιστεί η συγκεκριμένη ασθένεια ήταν η χειρουργική επέμβαση. Ο πρώτος που έκανε την επέμβαση ολικής αφαίρεσης μαστού ήταν ο Halsted το 1981. Αυτό ήταν και το έναυσμα για να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη μέθοδος σε πολλά περιστατικά. Τα είδη της μαστεκτομής που υπάρχουν σήμερα είναι διάφορα και αυτό που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το μέγεθος και την θέση του όγκου και βέβαια από την κατάσταση της υγείας που βρίσκεται η ασθενής.³⁶

A) Ριζική μαστεκτομή

Η ριζική μαστεκτομή είναι η διαδικασία στην οποία αφαιρείται ολικά το στήθος με σκοπό να μην υφίστανται πλέον καρκινικά κύτταρα στην γύρω περιοχή. Η συγκεκριμένη θεραπεία προτείνεται σε περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει ήδη προχωρήσει αρκετά και επίσης σε περιπτώσεις που μπορεί να ανακουφίσει την ασθενή μετά βέβαια από έγκριση του γιατρού. Είναι πιθανό να υπάρξουν ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις στην θεραπεία της ριζικής μαστεκτομής οι οποίες αφορούν τον ιατρικό τομέα αλλά και τον ψυχολογικό τομέα. Όσον αφορά τον ιατρικό τομέα μπορεί να εμφανιστεί κάποιο οίδημα με αποτέλεσμα να υπάρξει κάποιου είδους δυσκινησία στο πάνω μέρος της πλευράς που πραγματοποιήθηκε η επέμβαση. Σχετικά με το ψυχολογικό μέρος είναι πιθανό η γυναίκα να

εμφανίσει κάποια κακή ψυχολογική διάθεση λόγω του ότι το αποτέλεσμα της επέμβασης της ριζικής μαστεκτομής δεν είναι ωραίο αισθητικά.¹⁴

B) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η πιο γνωστή μέθοδος που υπάρχει αυτή την στιγμή και αφορά τις επεμβάσεις που πραγματοποιούνται για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη επέμβαση δεν αφαιρούνται ο μαζικός αδένας με τους λεμφαδένες της μασχάλης και παραμένουν οι μύες του θώρακος. Αυτή η επέμβαση, κατά κύριο λόγο πραγματοποιείται σε περιστατικά που έχουν διαγνωστεί έγκαιρα και όσον αφορά τα αποτελέσματα, σε σχέση με την ριζική μαστεκτομή είναι πιο ωραία αισθητικά και πιο λειτουργικά.²³

Γ) Μερική μαστεκτομή

Η επιτυχία της μερικής μαστεκτομής είναι ότι δεν αφαιρείται ολόκληρο το στήθος αλλά κάποιο τμήμα του πράγμα που σημαίνει ότι αφαιρείται ο όγκος ενώ παράλληλα πραγματοποιείται στην περιοχή της μασχάλης καθαρισμός λεμφοαγγλίων. Για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη επέμβαση, το μέγεθος του όγκου δεν πρέπει να είναι παραπάνω από 2 εκατοστά. Παρόλα αυτά υπάρχει ένα πολύ μεγάλο μειονέκτημα στην μερική μαστεκτομή που αφορά το γεγονός ότι δεν καθαρίζεται όλη η περιοχή του μαστού και είναι πιθανό να έχουν παραμείνει καρκινικά κύτταρα. Γι αυτό τον λόγο λοιπόν πραγματοποιείται μαζί με την επέμβαση και θεραπεία με ακτινοβολίες.²⁵

Δ) Απλή μαστεκτομή

Σε αυτή την επέμβαση γίνεται εξαίρεση του τμήματος του μαζικού αδένα από την όλη διαδικασία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα συνεχίσουν να υπάρχουν υπολείμματα καρκίνου στην γύρω περιοχή. Οι ογκολόγοι,

υποστηρίζουν ότι είναι η καλύτερη μέθοδος για περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που βρίσκεται στο πρώτο στάδιο ή για περιπτώσεις που ο όγκος δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά. Για να θεωρηθεί η επέμβαση επιτυχημένη θα πρέπει απαραίτητως η ασθενής αμέσως μετά την επέμβαση να υποβληθεί σε ακτινοβολίες.¹⁴

Ε) Ουγκεκτομή

Η ουγκεκτομή θεωρείται ότι είναι ο πιο σύγχρονος τρόπος επέμβασης για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σε αυτή την μέθοδο γίνεται αφαίρεση του όγκου και ένα μικτό μέρος του υγιούς ιστού. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που ο καρκίνος βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και πρέπει να επισημάνουμε ότι γίνεται συμπληρωματική αγωγή με ακτινοθεραπείες.¹⁸

Σήμερα, οι πιο γνωστές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η μαστεκτομή και η ουγκεκτομή. Όταν η γυναίκα που νοσεί βρίσκεται σε έμμηνο ρύση εφαρμόζεται η απλή μαστεκτομή με συμπληρωματική αγωγή τις χημειοθεραπείες. Για να είναι όμως αυτή η διαδικασία εφικτή θα πρέπει η μασχάλη να είναι θετική και αντιοιστρογόνα. Κατόπιν η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για τυχόν μεταστάσεις ή για τυχόν επανεμφάνιση του καρκίνου στον άλλο μαστό.²⁵

Επιπλοκές από την διαδικασία

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

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

Επίσης είναι πιθανό όσο διαρκεί η επέμβαση από τον τραυματισμό και την πίεση της περιοχής να προκληθούν αιμωδίες και παραισθήσεις.²⁵

Μία από τις πιο γνωστές επιπλοκές που παρουσιάζεται μετά από την επεμβατική διαδικασία είναι το λεμφοίδημα. Είναι αποδεδειγμένο από έρευνες ότι αυτού του είδους η επιπλοκή εμφανίζεται με ποσοστό 62%. Το λεμφοίδημα παρεμποδίζει να διεξαχθεί ομαλά η λειτουργία απαγωγής της λέμφου και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συσσωρεύεται το λεμφικό υγρό και το οίδημα που έχει παρουσιαστεί στο σύστοιχο άκρο.¹⁹

Θα πρέπει λοιπόν να αντιληφθούμε με όλα τα παραπάνω που αναφέρθηκαν ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να έχει ενημερωθεί η ασθενής για τους κινδύνους που υπάρχουν να παρουσιαστεί λεμφοίδημα αλλά και για τους τρόπους που μπορεί να αντιμετωπιστεί ή να γίνει πρόληψη του.²³

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

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

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

Αυτού του είδους η συνεργασία είναι πολύ σημαντική και απαραίτητη. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να ενημερώσει την ασθενή

ότι μετά την επέμβαση και για έξι εβδομάδες δεν πρέπει να φορέσει προθέματα στήθους. Μια εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιήσει βαμβάκι τον στήθόδεσμο της διότι δεν προκαλείται ερεθισμός της τομής και επιπλέον είναι ένας καλός τρόπος για να διαλέξει το κατάλληλο πρόθεμα που εν τέλει θα χρησιμοποιεί.²³

5.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια διαδικασία που συμβάλλει στην αντιμετώπιση του καρκίνου έχοντας την μορφή φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να επισημάνουμε ότι η χημειοθεραπεία καθώς δεν αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο, συμβάλλει στο να επιβραδυνθεί η εξάπλωση του όγκου σε άλλα σημεία του σώματος και όχι να θεραπευτεί ο όγκος. Επειδή η χορήγηση των φαρμάκων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι κυρίως κυτταροτοξικά πράγμα που σημαίνει ότι είναι δηλητηριώδης για τον οργανισμό, εκτός από τα καρκινικά κύτταρα επηρεάζουν και τα υγιή κύτταρα του οργανισμού. Τα κακοήθη κύτταρα γίνονται πιο ευαίσθητα στην χορήγηση των φαρμάκων κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, επηρεάζονται από την δράση των φαρμάκων και τα υγιή σημεία του σώματος όπως είναι ο μυελός των οστών και δυστυχώς δεν μπορεί να γίνει επακριβής υπολογισμός της δοσολογίας που θα επηρεάζει μόνο τα κακοήθη κύτταρα.⁴³

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

- Η μορφή και ο ακριβής εντοπισμός της ασθένειας.
- Το στάδιο που έχει εξελιχθεί η ασθένεια.
- Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται η ασθενής.
- Το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.

- Οι συνήθειες και η πείρα των γιατρών.
- Η τακτική που εφαρμόζεται στο νοσοκομείο¹⁵

Ο αριθμός των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε όλες τις χημειοθεραπευτικές διαδικασίες ξεπερνά το 80. Το καθένα από αυτά τα φάρμακα έχει διαφορετική δράση από τα υπόλοιπα. Είναι πιθανό να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό ή ξεχωριστά. Σε κάθε περίπτωση καρκίνου χορηγούνται διαφορετικά φάρμακα. Αυτό εξαρτάται από την μορφή του κάθε καρκίνου, σε ποιο στάδιο βρίσκεται και αν έχει προχωρήσει σε μεταστάσεις.

Επειδή τα φάρμακα της χημειοθεραπείας χορηγούνται ενδοφλέβια εξαπλώνονται σε όλο τον ανθρώπινο οργανισμό πράγμα που σημαίνει ότι εξαλείφονται τα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να είχαν προχωρήσει και σε άλλα σημεία από το αρχικό. Επίσης, ενώ σε όλη την διάρκεια της χημειοθεραπείας επηρεάζονται και τα υγιή κύτταρα, υπάρχουν στον οργανισμό κάποιοι μηχανισμοί οι οποίοι τα βοηθούν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν φυσιολογικά κάτι που δεν γίνεται με τα κακοήθη κύτταρα. Η χημειοθεραπεία λειτουργεί θα μπορούσαμε να πούμε ανακουφιστικά διότι μειώνεται ο πόνος τον οποίο προκαλεί ο καρκίνος και βελτιώνει την ποιότητα ζωής της ασθενούς.¹⁸

5.3.1 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία η οποία είναι και μια μέθοδος προφύλαξης πραγματοποιείται μετά από κάθε επεμβατική διαδικασία. Έχει σαν στόχο να καταπολεμηθούν τα κακοήθη κύτταρα τα οποία δεν φαίνονται αλλά βρίσκονται στην περιοχή που παρουσιάστηκε καρκίνος και εγχειρίστηκε ή βρίσκονται σε κάποιο άλλο σημείο του ανθρώπινου σώματος έχοντας μεταστατική μορφή.

Η χρησιμότητα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας καθορίζεται από κάποιους παράγοντες όπως:

✓ Την ικανότητα πρόβλεψης των ασθενών που παρουσιάζουν μικρομεταστάσεις.

✓ Την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας η οποία θα μειώσει τα ποσοστά υποτροπών

✓ Την επιτυχία της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας, με τις λιγότερες οξείες ή χρονιές τοξικές επιδράσεις.

Σε μια γυναίκα που έχει νοσήσει, έχει χειρουργηθεί και ετοιμάζεται να ξεκινήσει συμπληρωματική χημειοθεραπεία περνάνε πάρα πολλές σκέψεις. Το πρώτο πράγμα που αισθάνονται είναι ο φόβος και η αγωνία για τη συγκεκριμένη διαδικασία και για τις αλλαγές που πρόκειται να συναντήσει καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας στον οργανισμό της. Στην συνέχεια, σταματάει σταδιακά να εμφανίζεται δημόσια σε κόσμο και αλλάζει ο τρόπος ζωής της, πράγμα που σημαίνει ότι αποχωρεί πλέον από γεγονότα που αφορούν την οικογενειακή, την επαγγελματική, την σεξουαλική και την κοινωνική ζωή της. Αυτή η σταδιακή κοινωνική απομόνωση συμβαίνει διότι υπάρχει ο φόβος για τις παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα της χημειοθεραπείας σε οποιαδήποτε στιγμή.^{18,47}

5.3.2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος του μαστού βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο η χημειοθεραπεία που θα πραγματοποιηθεί λειτουργεί σαν παρηγοριά. Αυτό γίνεται διότι σε αυτό το στάδιο το ποσοστό επιβίωσης της ασθενούς είναι χαμηλό και διότι η θεραπεία που θα πραγματοποιηθεί γίνεται με βάση τις ήδη υπάρχουσες μεταστάσεις του καρκίνου στον ανθρώπινο οργανισμό.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι κατηγορίες των φαρμάκων που χορηγούνται στις χημειοθεραπείες για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού και είναι οι εξής:

- Αλκυλιούντες παράγοντες
- Αντιμεταβολιτές
- Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης
- Αντιβιοτικά
- Ορμόνες

Στην συνέχεια αναφέρουμε τους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων όσο διαρκεί η χημειοθεραπεία και είναι:

- Ενδομυϊκά
- Ενδοφλέβια ή ενδοαρτηριακά
- Ενδοκοιλωτικά
- Υποδορίως
- Από το στόμα
- Τοπικά στο μαστό.^{20,42}

5.3.3 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα φάρμακα που χορηγούνται κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας δημιουργούν διάφορες παρενέργειες οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τα συστήματα του οργανισμού και είναι:

- Καταστολή του μυελού των οστών
- Λευκοπενία

Λόγω της μείωσης του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα από την δράση των φαρμάκων δημιουργείται λευκοπενία.

- Θρομβοπενία

Ο λόγος που προκαλείται η θρομβοπενία είναι ο μειωμένος αριθμός των αιμοπεταλίων του αίματος και αυτό μπορεί να αιτιολογήσει την τάση αιμορραγίας στον οργανισμό του ασθενούς με καρκίνο.

- Αναιμία

Η αναιμία είναι η μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων στο αίμα. Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά πρέπει να γίνει μετάγγιση και για αυτή την διαδικασία είναι απαραίτητο να υπάρχουν φιάλες αίματος.

- Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα
- Ναυτία και εμετός
- Διάρροια
- Στοματίτιδα – έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας
- Αλωπεκία
- Νευροτοξικότητα

Τα φάρμακα που χορηγούνται στην ασθενή προκαλούν νευροτοξικότητα και ανάλογα με το πόσο μεγάλη είναι η δόση είναι πιθανό να παρουσιαστεί:

- ✓ Νευροπάθεια ήπιας μορφής
- ✓ Νευροπάθεια σοβαρής μορφής^{22,42}

5.3.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

5.3.5 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συχνά συνδυασμός ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Δεν δύναται να γίνει χρήση της ορμονοθεραπείας αυτούσια διότι η δράση της είναι διαφορετική για κάθε ασθενή. Ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να λάβει το φάρμακο μόνος του στο δικό του περιβάλλον και δημιουργούνται ορισμένες παρενέργειες όπως η εφίδρωση, οι εξάψεις και η μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας.^{16,48}

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σε σχέση με τις άλλες μορφές καρκίνου, ο καρκίνος του μαστού στη σύγχρονη εποχή δύναται να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα τα οποία σαφώς σχετίζονται με την έγκαιρη πρόγνωση και την πρόληψη του. Με βάση μελέτες που έχουν διεξαχθεί, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς κατακλύζονται από τον φόβο και το άγχος όταν διαγνωστεί καρκίνος και ειδικότερα καρκίνος του μαστού. Η κατάσταση που βρίσκονται οι ασθενείς και αφορά τον συναισθηματικό και ψυχολογικό τομέα καθώς και το πώς αντιδρούν στην πιθανότητα να έχουν ασθενήσει επηρεάζεται από ορισμένους παράγοντες οι οποίοι καθορίζονται από την ηλικία που βρίσκεται η ασθενής όταν παρουσιάστηκε καρκίνος και από το πόσο ώριμη είναι η κάθε γυναίκα. Επίσης ο τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης όταν διαγνωστεί η ασθένεια καθώς και ο τρόπος που θα προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα παίζει μεγάλο ρόλο στην συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας.^{29,47}

Με βάση τα προαναφερθέντα, οι γυναίκες κατακλύζονται από τα συναισθήματα του άγχους και του φόβου για πιθανό θάνατο όταν πληροφορούνται ότι έχουν καρκίνο του μαστού. Εκτός από αυτά τα συναισθήματα συνήθως παρουσιάζεται και κατάθλιψη και σε ορισμένες περιπτώσεις μείωση της σεξουαλικότητας και αυτό επειδή αλλάζει η μορφή του σώματος τους.

Κατά κύριο λόγο σε όλες τις γυναίκες που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού εμφανίζονται σημάδια κατάθλιψης και άγχους. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για τους νοσηλευτές στο να παρέχουν την κατάλληλη και απαραίτητη ιατρική περίθαλψη στους πάσχοντες, είναι πάρα πολύ βασικό όμως να τους στηρίζουν ψυχολογικά και να τους συμβουλεύουν ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη ασθένεια αποτελεσματικότερα. Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ο πρώτος και ο πιο βασικός στόχος για να αντιμετωπιστούν όλες οι ασθένειες και ο οποίος μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο από εξειδικευμένο προσωπικό στα νοσοκομεία. Αυτό σημαίνει ότι όταν ο ασθενής αποδεχτεί το γεγονός ότι έχει νοσήσει μόνο τότε θα μπορέσει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και θα τον βοηθήσει να αποκαταστήσει τα συναισθήματα του άγχους και του φόβου που τον περιβάλλουν. Αυτό όμως δεν μπορεί να γίνει αν ο ασθενής δεν περικλύζεται από επιστημονικό προσωπικό που θα τον υποστηρίξουν να συνεχίσει την καθημερινή του ζωή πριν την διάγνωση και θα «ανεβάσουν» την διάθεση του κατά την διάρκεια της θεραπείας.

23,44

Με βάση αυτά που έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, το στήθος είναι για την γυναίκα το σημείο που της χαρίζει θηλυκότητα και σεξουαλικότητα. Από την στιγμή που θα διαγνωστεί καρκίνος του μαστού και η γυναίκα θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση πράγμα που σημαίνει ότι θα υπάρξουν μεταβολές στο σώμα της και στην εμφάνισή της, αρχίζουν να μην αποδέχονται αυτό το γεγονός με αποτέλεσμα να δυσανασχετούν. Στις περιπτώσεις που γίνεται ολική αφαίρεση του στήθους αλλά και στις περιπτώσεις που υπάρχουν ουλές στο σώμα τους και άλλα σημάδια, εμφανίζονται σημάδια χαμηλής αυτοεκτίμησης και ελαττώνεται η σεξουαλικότητα της. Επιπλέον, οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο και έχουν υποβληθεί χειρουργική

επέμβαση, αναγκάζονται να ντύνονται με ρούχα που καλύπτουν την περιοχή του στήθους χωρίς να τους προσδίδει την άνεση που έχουν οι υπόλοιπες γυναίκες.²⁵

Υπάρχει ασυμφωνία στις απόψεις όσον αφορά τα αποτελέσματα της ψυχολογικής κατάστασης των γυναικών που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού και έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είτε αυτή είναι μαστεκτομή είτε ογκεκτομή. Με βάση μελέτες που έχουν διεξαχθεί φαίνεται ότι η ψυχολογία των πασχόντων δεν διαφέρει ανάλογα με την μέθοδο θεραπείας που έχει πραγματοποιηθεί. Το συναίσθημα της δυσανεξίας που προκαλείται είναι ακριβώς το ίδιο. Παρόλα αυτά όμως μέσα από άλλες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατά την οποία έγινε μερική αφαίρεση του μαστού και παρέμεινε το υπόλοιπο στήθος, παρουσίασαν πολύ καλύτερη ψυχολογία και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση σε σχέση με τις γυναίκες που έκαναν αφαίρεση ολόκληρου του μαστού.^{27,29}

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, ένα από τα αποτελέσματα όταν γίνεται διάγνωση καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα είναι η ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτού του είδους την δυσλειτουργία είναι η χημειοθεραπεία η οποία προκαλεί εμμηνόπαυση και ξηρότητα του κόλπου αλλά και η ακτινοθεραπεία η οποία μεταβάλλει την μορφή του σώματος.²⁹

6.2 Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Όπως υποστηρίζουν κατά κύριο λόγο όλοι, ο καρκίνος είναι μια νόσος η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί «συμφορά» της σύγχρονης εποχής και

παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά θανάτου με αποτέλεσμα να βάζει σε κίνδυνο το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου πληθυσμού.

Εκτός από τον ίδιο τον ασθενή, επηρεάζεται και το οικογενειακό του περιβάλλον σε όλη την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας, δηλαδή από την στιγμή που θα διαγνωστεί μέχρι να θεραπευτεί και να αντιμετωπιστεί. Αυτό σημαίνει ότι όσον αφορά την αποδοχή της νόσου που είναι όπως προαναφέραμε ο πιο βασικός παράγοντας για να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί θα πρέπει ο ασθενής να υποστηριχθεί εκτός από το επιστημονικό προσωπικό και από το οικογενειακό του περιβάλλον.¹⁴

Όταν μια γυναίκα ενημερώνεται ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, τις περισσότερες φορές απομονώνεται κοινωνικά και αρνείται να έρθει σε επαφή με τους συνανθρώπους της. Στην περίπτωση βέβαια που ταυτόχρονα αλλάζει και η οικονομική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί, τότε αυτή η κοινωνική απομόνωση το πιο πιθανό είναι να παρουσιαστεί και κατά την διάρκεια της ασθένειας και κατόπιν στην φάση που γίνεται η αποκατάσταση. Όταν η ασθενής με καρκίνο του μαστού δεν έχει κάποια οικονομική βοήθεια καθώς τίθεται η ανάγκη να αγοραστούν φάρμακα ώστε να προσαρμοστεί στην νέα της ζωή τότε δεν έχει την δυνατότητα να συνεχίσει να δραστηριοποιείται κοινωνικά και να ζήσει έναν παρεμφερή τρόπο ζωής όπως και πριν την διάγνωση της νόσου.^{48, 46}

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

υποβληθεί σε μαστεκτομή ή ογκεκτομή δεν εμφανίζονται σε μέρη όπου το σώμα τους θα βρίσκεται σε κοινή θέα.^{11, 23}

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

Με βάση τα παραπάνω καταλαβαίνουμε όλο και περισσότερο ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της γυναίκας που έχει νοσήσει παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο και δρουν καταλυτικά στο να αποδεχτεί την κατάσταση της και τον νέο τρόπο ζωής.²⁶

Αυτό τον υποστηρικτικό ρόλο τον έχουν και οι νοσηλευτές οι οποίοι παρεμβαίνουν και συμβάλλουν στην ενημέρωση όχι μόνο της ασθενούς αλλά και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος της για το πώς θα είναι πιο ομαλή η ένταξη της στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε παρόμοιες περιπτώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό προτείνει στους πάσχοντες να έρθουν σε επαφή με άτομα τα οποία είτε αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα είτε έχουν ξεπεράσει τις ίδιες καταστάσεις. Αυτό είναι καλό να γίνεται διότι αποδέχονται πιο γρήγορα το πρόβλημα τους και ξεπερνούν τα συναισθήματα του φόβου και του άγχους που έχουν.¹⁷

Είναι επίσης πάρα πολύ σημαντικό για την αντιμετώπιση της ασθένειας και η στάση που έχουν οι σύζυγοι των ασθενών εάν βέβαια υπάρχουν. Ο σύζυγος της γυναίκας που νοσεί αντιμετωπίζει τα ίδια ακριβώς συναισθήματα με την ίδια δηλαδή τον φόβο και το άγχος.

Παρόλα αυτά όμως θα πρέπει να είναι αισιόδοξος και να προσπαθεί να βοηθήσει την ασθενή να συνεχίσει την ζωή της όπως και πριν διαγνωστεί η ασθένεια. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί και αφορούν τον σεξουαλικό τομέα στην ζωή του ζευγαριού έδειξαν ότι δεν αποτελεί τον βασικό λόγο για διαζύγιο.³⁹

Οι νοσηλευτές, συζητούν με τους συζύγους των ασθενών και τους συνιστούν να έχουν υπομονή, ψυχραιμία και να είναι αισιόδοξοι όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου. Επίσης θα πρέπει να παρέχουν την βοήθεια τους στο να επανενταχθούν οι ασθενείς στο κοινωνικό περιβάλλον και να δραστηριοποιούνται κοινωνικά (Keller, 1998).

Στην περίπτωση που μέσα στην οικογένεια υπάρχουν και παιδιά (σ' αυτό το σημείο αναφερόμαστε κυρίως για εφήβους και για παιδιά σε πιο μικρή ηλικία) πρέπει να πούμε ότι θέλουν να γνωρίζουν ακριβώς τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν μέσα στην οικογένεια τους. Πόσες πληροφορίες θα δώσουν οι γονείς στα παιδιά τους εξαρτάται από την ηλικία τους και την προσωπικότητα του.³³

Το πιο σημαντικό θέμα που απασχολεί τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι ο τομέας της εργασίας και αν θα μπορέσουν να συνεχίσουν να δουλεύουν όσο διαρκούν οι θεραπείες για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έχουν ενημερωθεί για την ασθένεια τους και την έχουν αποδεχτεί θέλουν να συνεχίσουν την εργασία τους ακόμα και με μειωμένο ωράριο. Όλοι οι άνθρωποι και πιο συγκεκριμένα οι καρκινοπαθείς έχουν σαν στόχο να διατηρήσουν το επίπεδο της οικονομικής τους ζωής, να εξασφαλίσουν την φαρμακευτική τους θεραπεία, να έχουν μια ασφάλεια και να μπορέσουν να συνταξιοδοτηθούν. Είναι πολύ σημαντικό για την ασθενή να επιστρέψει στον χώρο εργασίας της διότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να αισθανθεί ότι είναι απαραίτητη και χρήσιμη στο κοινωνικό περιβάλλον και όσο είναι δυνατόν να ξεχάσει το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει. Η

επιστροφή της γυναίκας στο εργασιακό περιβάλλον ταυτίζεται με ένα προβληματισμό ο οποίος έγκειται στην αντιμετώπιση που θα απολαύσει από τους συναδέλφους της καθώς και στην δυνατότητα της εκ νέου εναρμόνισης της στο ευρύτερο κλίμα της εργασίας της.^{7,41}

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού παίζει πολύ μεγάλο ρόλο η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού κυρίως όσον αφορά τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό τομέα.

Ειδικότερα, οι νοσηλεύτες για αρχή κρίνεται αναγκαίο να υποστηρίξουν την ασθενή νοσηλευτικά από την στιγμή που θα διαγνωστεί η νόσος μέχρι και να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει συνεχώς να έρχεται σε επαφή με την ασθενή και να συζητά με στόχο να μπορέσει να καταλάβει πως αισθάνεται ψυχολογικά για να της παρέχει την κατάλληλη βοήθεια ώστε να ενταχθεί πιο ομαλά στον νέο τρόπο ζωής της.⁴²

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί με την βοήθεια των ερωτηματολογίων και των συνεντεύξεων με τα άτομα που νοσούν να αντιληφθούν πλήρως την αντίδραση τους όταν ενημερωθούν για την ασθένεια τους. Ως επί το πλείστον, οι συνεντεύξεις πραγματοποιούνται σε ομάδες για να αποκατασταθεί πιο γρήγορα και πιο ομαλά η ψυχολογία των ασθενών.¹⁵

Η νοσηλευτική παρέμβαση όσον αφορά την ίδια την ασθενή έχει σαν στόχο το νοσηλευτικό προσωπικό να την βοηθήσει να αισθανθεί καλύτερα με τον εαυτό της και να της επισημάνει ότι η εικόνα του σώματος της αλλάζει λόγω των θεραπειών που αναγκάζεται να υποβληθεί και θα πρέπει να μιλάει για τα συναισθήματα της χωρίς να φοβάται.¹⁵

Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς ο νοσηλευτής πρέπει να παρεμβαίνει και να συμβουλεύει. Θα πρέπει να βοηθήσει τον σύζυγο να είναι αισιόδοξος κατά την διάρκεια της θεραπείας και να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι πρέπει να συζητά με την ασθενή χωρίς φόβο και άγχος για προβλήματα που παρουσιάζονται.

Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός και στην πορεία της ασθένειας μετά από την χειρουργική θεραπευτική μέθοδο. Κρίνεται αναγκαίο η ασθενής να επιστρέψει στους φυσιολογικούς ρυθμούς της ζωής της και να επανέλθει η ψυχολογία της όπως και πριν την ασθένεια. Γι αυτό τον λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επισημάνει στην ασθενή ότι είναι πολύ καλό να επιστρέψει στον εργασιακό της χώρο για να αισθανθεί χρήσιμη στο κοινωνικό περιβάλλον. Η αποδοχή της νόσου από την ασθενή είναι πολύ σημαντική για την ένταξη της στην κοινωνία μέσα από την συμμετοχή της σε διάφορες δραστηριότητες.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ' αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρουμε αναλυτικά τα στάδια που εξελίσσεται ο καρκίνος του μαστού και η παρέμβαση των νοσηλευτών στο κάθε ένα. Τα στάδια αυτά είναι το πρώιμο στάδιο, το ενδιάμεσο στάδιο και το τελικό στάδιο της ασθένειας.

Κατά την διάρκεια *του πρώιμου σταδίου*, παρουσιάζονται ορισμένα σημάδια στο στήθος της γυναίκας και απευθύνεται στους κατάλληλους γιατρούς για να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις. Σε αυτό το σημείο γίνεται διάγνωση του καρκίνου του μαστού και γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για να αντιμετωπιστεί.

Με βάση τα προαναφερθέντα, σε αυτό το σημείο εμφανίζονται τα συναισθήματα του φόβου και του άγχους και σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζεται κατάθλιψη και αυτό οδηγεί στην κοινωνική της απομόνωση. Είναι πάρα πολύ σημαντικό και παίζει πολύ μεγάλο ρόλο το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της ασθενούς στον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα.

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

Ο ρόλος του νοσηλευτή επίσης στο συγκεκριμένο στάδιο είναι να βοηθήσει την ασθενή όσο δύναται να ανεβάσει την ψυχολογία της και να πετύχει την αναπέρωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης που έχει.¹⁸

Το *ενδιάμεσο στάδιο* αποτελεί το επόμενο στάδιο στο οποίο κρίνεται απαραίτητη η νοσηλευτική παρέμβαση. Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του σταδίου είναι η επανεμφάνιση του καρκίνου πράγμα που σημαίνει ότι οι μέθοδοι θεραπείας που χρησιμοποιήθηκαν πριν δεν είχαν θετικά αποτελέσματα. Δυστυχώς σε αυτό το σημείο δεν είναι καθόλου εύκολο για την γυναίκα να παραμείνει ψύχραιμη. Παρουσιάζονται για άλλη μια φορά ο φόβος γι τον θάνατο, το άγχος και η απελπισία. Τις περισσότερες φορές οι γυναίκες που φτάνουν σε αυτή την φάση δεν μπορούν να αποδεχθούν το γεγονός ότι η ασθένεια υποτροπίασε και δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.

Από την στιγμή που θα γίνει η αποδοχή της συγκεκριμένης κατάστασης χορηγείται επιπλέον φαρμακευτική θεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει την ασθενή να παραμείνει ψύχραιμη, να την ενημερώσει για τα συναισθήματα πόνου και για τις επιπλοκές που θα αντιμετωπίσει λόγω των ακτινοθεραπειών και των χημειοθεραπειών που θα πραγματοποιήσει και ταυτόχρονα να την ανακουφίσει.²¹

Το *τελικό στάδιο* αποτελεί το τρίτο και τελευταίο στάδιο στο οποίο η γυναίκα και το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της βρίσκονται αντιμετώπι με τον θάνατο. Για να μην είναι τόσο επώδυνη για την ασθενή η συγκεκριμένη φάση πραγματοποιούνται θεραπευτικές μέθοδοι οι οποίες δεν συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

Σε αυτό το στάδιο, η γυναίκα παρουσιάζει κατάθλιψη και πλέον οδηγείται στην κοινωνική απομόνωση. Αυτή η αποστασιοποίηση είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα του τελικού σταδίου της ασθένειας. Καθοριστικό ρόλο παίζει και η νοσηλευτική παρέμβαση. Κατά κύριο λόγο, η γυναίκα ακόμα και σε αυτό το σημείο τρέφει ελπίδες ότι θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την ασθένεια οπότε το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να δείξει σε κάποιο βαθμό μια αισιοδοξία.

Εκτός από τα παραπάνω βέβαια, είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να εκφράσει την συμπαράσταση του στην ασθενή και να της δώσει να καταλάβει ότι θα βρίσκεται στο πλευρό της κάθε στιγμή μέχρι το τέλος. Επιπλέον, καθοριστικής σημασίας είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή στο να πλησιάσει το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς και να τους ενημερώσει για την ιδέα του θανάτου. Πράγμα που σημαίνει ότι τους προετοιμάζει για το ενδεχόμενο να «φύγει» κάποιο μέλος της οικογένειας από την ζωή ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν αυτή την απώλεια.²⁶

Οι ασθενείς που νοσούν από κακοήθη νοσήματα όπως είναι ο καρκίνος του μαστού αρχίζουν με τον καιρό να εμφανίζουν στην συμπεριφορά τους ψυχοκοινωνικές ανησυχίες οι οποίες εγκαθίστανται υποσυνείδητα στο χαρακτήρα τους και προκαλούν ψυχικές ασθένειες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι μια ψυχοσωματική οντότητα που όταν καταλαμβάνεται από μια ασθένεια το ένα μέρος της φύσης του, για παράδειγμα το σώμα του, τότε αυτό συνεπάγεται την μετάδοση της ασθένειας και στην ψυχή του, καθώς το σώμα και η ψυχική υγεία του ατόμου αλληλεπιδρούνε.

Οποιαδήποτε ανησυχία και φοβία λαμβάνει την μορφή κοινωνικού και ψυχολογικού χαρακτήρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον νοσηλευτή και να συνεχίζει με την ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση του πάσχοντα και συγκεκριμένα με την γυναίκα που παρουσιάζει τον καρκίνο του μαστού διότι σημαντικό κομμάτι του νοσηλευτικού ρόλου είναι η προσφορά την ψυχολογικής φροντίδας στην γυναίκα προκειμένου να αυξηθούν τα επίπεδα αποτελεσματικής αντιμετώπισης.

Η ψυχική φύση μιας γυναίκας που μαστίζεται από καρκίνο του μαστού είναι τις περισσότερες φορές διαταραγμένη. Ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται στην ενδυνάμωση της ισχύος και της ακεραιότητας της ψυχής της διότι ο ιατρικός και νοσηλευτικός χώρος υποστηρίζει πως μια υγιείς

ψυχολογική προσέγγιση μεταξύ συνεργασίας ασθενή και θεραπευτικού προσωπικού μπορεί να ενθαρρύνει ουσιώδεις την ψυχική κατάσταση της πάσχουσας και να συμβάλλει αποτελεσματικά στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων από το σώμα της.²⁹

Σήμερα καθώς η επιστήμη της υγείας εξελίσσεται φαίνεται πως η μάχη που δίνει η γυναίκα με τον καρκίνο είναι μάλλον περισσότερο ψυχική παρά σωματική. Αυτό υποδεικνύει και την ιδεολογία ορισμένων που ξεπέρασαν την κακοήθεια του καρκίνου και αναφέρουν πως ακόμα και αν η σωματική βλάβη αντιμετωπιστεί και επέλθει πλήρη ίαση παρά ταύτα η ψυχολογική επιβάρυνση είναι δυσκολότερο να θεραπευτεί και να ληφθεί στη συνείδηση μας στο σημείο που επιδρά στην υγεία.

Ο νοσηλευτής λοιπόν οφείλει να εκτιμά όσο το δυνατόν γρηγορότερα τις προσωπικές δυνατότητες τις κάθε γυναίκας απέναντι στον καρκίνο και να οραματίζεται ποιες θα είναι οι πιθανές επιπλοκές που προκύπτουν από την ψυχική αδυναμία της πάσχουσας για το μέλλον. Θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη πως η κάθε γυναίκα αντιδρά διαφορετικά στην νόσο επομένως κατά επέκταση διαφοροποιούνται και οι ανάγκες ή οι προτεραιότητες της, άρα η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μοναδικό κομμάτι σχεδιασμού από τον νοσηλευτή για την ασθενής.³²

Ο νοσηλευτής επαφίεται περισσότερο με τις καταστάσεις που σχετίζονται με τον φόβο της διάγνωσης, την θεραπευτική αντιμετώπιση, την προσαρμογή της γυναίκας σε μια περίοδο που νοσεί από κακοήθεια ακόμα και στο να της παρουσιάσει το αίσθημα της μόνωσης που ενδέχεται να επιλέξει η ίδια ως μια προσωρινή και θεραπευτική λύση που θα την φέρει πιο κοντά με τον εαυτό της.

Ο διάλογος λοιπόν θεωρείται αναπόσπαστη υποχρέωση του νοσηλευτικού ρόλου καθώς αναδεικνύει την παρουσία πολλών ψυχολογικών κυρίως προβλημάτων που ακολουθούν την ασθενή αλλά διαθέτει και την ισχύ όταν συνδυάζεται με άλλες έννοιες όπως είναι η

εμπιστοσύνη να κερδίζει πρόσφορο έδαφος στην ψυχική και σωματική αποκατάσταση της ασθενούς. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε πως επιβάλλεται η σωστή επιμόρφωση του νοσηλευτή και η κατοχή της ποιοτικότερης επιστημονικής γνώσης για να επιτευχθεί η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση της ασθενούς που νοσεί από καρκίνο του μαστού.²¹

Μέσα από έναν επιτυχημένο νοσηλευτικό διάλογο μπορούμε να αντλήσουμε σημαντικές πληροφορίες τόσο για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής διεργασίας όσο και για την θεραπευτική αγωγή. Ο ρόλος του νοσηλευτή θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό και εμπιστοσύνη απέναντι στο πρόσωπο που νοσηλεύεται προκειμένου να επιτυγχάνεται η ψυχική εκτόνωση της ασθενούς και η ενθάρρυνση για έκφραση των φόβων και των σκέψεων που την περιβάλλουν. Μόνο έτσι θα μπορέσει να αξιολογήσει την εικόνα που έχει η γυναίκα για την αρρώστια, τις απαραίτητες αλλαγές που οφείλει να ακολουθήσει για την αποτελεσματικότερη προσπάθεια ενάντια στον καρκίνο του μαστού και την ενθάρρυνση από το νοσηλευτή για το μέλλον.

Συνοψίζοντας λοιπόν ο νοσηλευτικός ρόλος θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός των προαναφερθέντων:

- ✓ Την μεταβίβαση μιας θετικής στάσης που θα υιοθετήσει η ασθενής και θα αναδεικνύει το ενδιαφέρον για ζωή
- ✓ Την επικοινωνία με την ασθενή μέσα από την οποία θα της μάθει να αποδέχεται τα συναισθήματα της και να τα αναγνωρίζει καθώς μόνο έτσι στην συνέχεια θα ξεκινήσει να τα αντιμετωπίσει.
- ✓ Την ανάπτυξη ασχολιών και δραστηριοτήτων που θα προστατεύουν την πάσχουσα από οξείες εκδηλώσεις άγχους και stress

- ✓ Την αντανάκλαση της αυτοφροντίδας και της ανεξαρτησίας παρά την πρόκληση της ασθένειας
- ✓ Την μετέπειτα στάση ζωής που οφείλει να υιοθετήσει η πάσχουσα ακόμα και αν ξεπεραστεί πλήρως το πρόβλημα (τακτικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος για πρόληψη επιπλοκών) ²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Γυναίκα ασθενής Ε.Μ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 48 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην γυναικολογική κλινική, ύστερα από εντόπιση ινοαδενώματος του αριστερού μαστού.

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

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 15/07/2015 και ώρα 10:50 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Ε.Μ

Φύλλο: Θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.: 13/06/1966 Ηλικία: 48

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ινοαδένωμα αριστερού μαστού

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομειακή μονάδα και όπως ανέφερε κατά την λήψη του ιστορικού δεν έχει παρουσιάσει κάποια σοβαρή πάθηση. Ανέφερε στον ιατρό ότι στην ηλικία των 25 χρονών ξεκίνησε να παρουσιάζει διαταραχή στην έμμηνο ρύση και ακολουθούσε σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γυναικολόγου

της ενάμιση χρόνο θεραπεία με χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών. Όταν της ζητήθηκε να κάνει επανεξέταση για να δουν τα ορμονικά επίπεδα στον οργανισμό της η ίδια με δική της πρωτοβουλία το αμέλησε.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γυναικολόγος της κλινικής μετά την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο διέκρινε κατά την ψηλάφηση εξόγκωμα στον αριστερό μαστό σε συνδυασμό με σκλήρυνση της περιοχής. Ο έντονος πόνος έδινε τα σημεία του με έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία του μαστού ενώ ο ιατρός θεωρούσε θετικό δείγμα ότι ο όγκος είναι μικρού μεγέθους όπως μπορούσε να διακρίνει και ότι ο πόνος δεν αντανakλούσε στην μασχάλη ή στους γειτονικούς λεμφαδένες. Επίσης ο όγκος παρουσίαζε κινητικότητα κατά την άσκηση πίεσης καθώς δεν συνδέεται με τον μαστικό αδένα και δεν έχει την δυνατότητα να συμφύεται από το δέρμα

Ο ιατρός ζήτησε από την ασθενή να ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων (μαγνητική μαστογραφία, υπέρηχο, γενικό και βιοχημικό έλεγχο) για να επιβεβαιώσει την εικόνα που είχε μέχρι εκείνη την στιγμή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Οι διαγνωστικές εξετάσεις επιβεβαίωσαν την θέση του γυναικολόγου ότι επρόκειτο για καλοήγη όγκο. Το μέγεθος του όγκου σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα δεν απαιτούν την χειρουργική αφαίρεση του όγκου για αυτό θα ακολουθήσει η ασθενής επικουρική θεραπεία. Το θεραπευτικό πλαίσιο θα περιλαμβάνει την εφαρμογή χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας καθώς οι τιμές οιστρογόνων και προγεστερονών είναι υψηλές. Ακολούθησε η ενημέρωση της ασθενούς και ξεκίνησε η θεραπεία όπου εντός 4 μηνών τα συμπτώματα εξαλείφθηκαν και το ινοαδενώμα αντιμετωπίστηκε με επιτυχία. Το γεγονός ότι υπήρξε έγκαιρη διάγνωση και το καρκίνωμα ήταν καλοήθους μορφή απέτρεψε το ενδεχόμενο διήθησης στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Εμφάνιση όγκου • Σκληρότητα περιοχής • Μασταλγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αφαίρεση όγκου • Πρόληψη μετάστασης • Αποφυγή μετάλλαξης όγκου σε κακοήθη • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Πρόληψη χειρουργικής επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Λήψη ιστορικού • Ενημέρωση και ενθάρρυνση ασθενούς • Απεικονιστικός έλεγχος • Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών • Χημειοθεραπεία • Ακτινοθεραπεία • Ορμονοθεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση ινοαδενώματος • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποφυγή χειρουργικής αφαίρεσης

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Γυναίκα ασθενής Α.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 64 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην γυναικολογική κλινική, ύστερα από κακοήθη καρκίνο του δεξιού μαστού.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε έντονο πόνο στο στήθος, εξόγκωμα, εισολκή της θηλής και αιματηρή έκκριση, φλεγμονή του δέρματος, ερυθρότητα και ευαισθησία ενώ στην συνολική εικόνα γινόταν αντιληπτή η παραμόρφωση του μαστού .

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 03/06/2015 και ώρα 9:30 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.:25/12/1950 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κακοήθης καρκίνος του δεξιού μαστού (Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα)

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε γεγονότα που έδιναν το κίνητρο στον ιατρό να διαπιστώσει ότι αυτό το άτομο είχε προδιάθεση να αντιμετωπίσει προβλήματα γυναικολογικής φύσης .Ξεκίνησε από μικρή ηλικία, πριν το 12 έτος να έχει έμμηνο ρύση και ενώ έβλεπε διαταραχές στον κύκλο της έμμηνου ρύση δεν απευθύνθηκε σε κάποιον

ειδικό ώστε με την κατάλληλη θεραπεία να διαμορφώσει μια φυσιολογική πορεία αυτού του θέματος. Αυτό συνεχίστηκε μέχρι την ηλικία των 55 ετών όπου πέρασε στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και εκεί το πρόβλημα συνεχίστηκε διαφορετικά. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ήταν τόσο έντονα που δεν της επέτρεπαν να ανταποκρίνεται στις καθημερινές τις δραστηριότητες και τότε ζήτησε μια ιατρική γνώμатеυση για να καλυτερέψει η πορεία της. Ο γυναικολόγος της διαπίστωσε μετά από μια σειρά εξετάσεων πως η ασθενής αντιμετώπιζε σοβαρές ορμονικές διαταραχές και την έθεσε σε Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής το τελευταίο τρίμηνο αισθανόταν πόνο στο δεξί της στήθος και με ραγδαίο τρόπο κατά την αυτοεξέταση εντόπιζε εξόγκωμα που μέσα στο διάστημα μιας εβδομάδας αυτός ο όγκος αυξήθηκε σε μέγεθος και ο πόνος επεκτάθηκε μέχρι την μασχάλη. Τον τελευταίο μήνα δημιουργήθηκε εισολκή της θηλής και άρχισε η αιματηρή της έκκριση. Όλα αυτά τα συμπτώματα βρίσκονταν σε συνδυασμό με ερυθρότητα και ευαισθησία της περιοχής. Το κίνητρο να επισπεύσει μια ιατρική καθοδήγηση ήταν όταν δημιουργήθηκε φλεγμονή του δέρματος.

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθενής παραπονιόταν για έντονο πόνο που ξεκινούσε από το στήθος της και αντανακλούσε μέχρι την μασχάλη με τέτοιο τρόπο που τις απαγόρευε εκείνη την στιγμή να κινήσει το χέρι της. Ο ιατρός διέκρινε

συνολική παραμόρφωση του μαστού λόγω έντονης δερματικής φλεγμονής και εξόγκωμα που γινόταν αμέσως αντιληπτό κατά την ψηλάφηση. Η θηλή είχε εισέλθει προς τα μέσα και εκείνη την στιγμή όπως και ο γιατρός διαπίστωσε υπήρχε αιματηρή έκκριση, έντονη ερυθρότητα και ευαισθησία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ασθενής υποβλήθηκε σε μια σειρά εξετάσεων (γενική- βιοχημική αίματος, κυτταρολογική βιοψία, μαγνητική μαστογραφία και υπερηχογράφημα) ώστε να διαφοροποιηθεί ο όγκος και να κατηγοριοποιηθεί και επιπλέον να θέσει τις βάσεις που θα εφαρμοστεί η θεραπευτική της αγωγή. Ξεκίνησε χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία για να καταπολεμήσουν την ισχύ του όγκου και να μετριάσουν τις πιθανότητες μετάστασης του σε γειτονικούς λεμφαδένες και θεωρήθηκε αναγκαία η χειρουργική επέμβαση της ασθενούς (μερική μαστεκτομή). Πραγματοποιήθηκε μερική αφαίρεση της μαστικής περιοχής και δερματική αποκατάσταση καθώς η βλάβη είχε προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού.

<p>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</p>	<p>2.Αντικειμενικός Σκοπός</p>	<p>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Παραμόρφωση μαστού • Εξόγκωμα • Αιματηρή έκκριση της θηλής • Εισολκή της θηλής • Φλεγμονή του δέρματος • Μαστοδυνία • Ερυθρότητα • Ευαισθησία • Επί τόπου Πορογενές Καρκίνωμα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση του πόνου • Εξάλειψη των συμπτωμάτων • Αποφυγή μετάστασης σε μασχαλιαίους λεμφαδένες • Αποκατάσταση του μαστού 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για την έκβαση της πάθησης • Ψυχολογική υποστήριξη • Τακτική παρακολούθηση (βιοχημικός έλεγχος) • Ενθάρρυνση της ασθενούς για την εικόνα του σώματος της μετά το χειρουργείο ή το αποτέλεσμα των παρενεργειών λόγω χημειοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ακτινοθεραπεία • Χημειοθεραπεία (ανοσοκατασταλτικά) • Ορμονοθεραπεία (έλεγχος οιστρογόνων) • Χειρουργική επέμβαση (μερική μαστεκτομή) • Χορήγηση αντιφλεγμονωδών 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτυχή αφαίρεση όγκου • Αποκατάσταση δέρματος • Πρόληψη μετάστασης • Έλεγχος και περιορισμός των παρενεργειών από χημειοθεραπεία

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

❖ Στις καλοήθειες παθήσεις του μαστού εντάσσεται ένα πλήθος παθήσεων, αρκετές από τις οποίες δε συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και ορισμένες που θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κακοήθειας.

❖ Σήμερα, η ιατρική επιστήμη υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση των καλοηθών παθήσεων στηρίζεται σε δύο άξονες: την τοπική θεραπευτική αγωγή και την συστηματική θεραπεία.

❖ Οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού αναφέρονται στην ανάπτυξη κυττάρων με επιθετική μορφή. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν την δυνατότητα διήθησης στην περιοχή του μαστού, στους μασχालιαίους λεμφαδένες και κατ' επέκταση σε ολόκληρο το σώμα προκαλώντας μετάσταση.

❖ Η θεραπεία των κακοηθών μορφών καρκίνου του μαστού σχεδιάζεται ανάλογα τον τύπο του καρκινώματος, το στάδιο εντοπισμού του και την ηλικία της ασθενούς. Πραγματοποιείται χειρουργική αφαίρεση του όγκου και στην συνέχεια εφαρμόζεται επικουρική θεραπεία

❖ Η κλινική εικόνα είναι ανάλογη της μορφής (καλοήθεια-κακοήθεια) και του τύπου που κατηγοριοποιείται. Ένα μέρος των γενικών συμπτωμάτων περιλαμβάνουν μασταλγία, ερυθρότητα, ψηλάφηση όγκου και οίδημα ενώ ειδικότερα συμπτώματα που ακολουθούν ορισμένους τύπους καρκινώματος είναι η εισολκή της θηλής, η έκκριση υγρού από την θηλή, η μαστοδυνία και οι δερματικές αλλοιώσεις.

❖ Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει την ψηλάφηση του όγκου σε συνδυασμό με την χρήση απεικονιστικών τεχνικών

(μαστογραφία, υπέρηχος, μαγνητική τομογραφία μαστού) για την παρακολούθηση και εντόπιση του όγκου.

❖ Η πρόληψη αποτελεί αναπόσπαστο απαραίτητο μέρος της νοσηλευτικής πράξης καθώς μπορεί να αποτρέψει ένα άτομο να νοσήσει από καρκίνο του μαστού ή προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκινώματος σε πρώιμο στάδιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ, «Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή »,ο ρόλος των νοσηλευτών. 42:308- 315 Νοσηλευτική
2. Αθανάτου, Ελευθερία, (2007), Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα
3. Αναγνωστόπουλος Φ., «Εκτίμηση της συμβολής ίων ψυχολογικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού» (πολυπαραγοντική ανάλυση), 1982, Αδιμοσίευτη Διδακτορική Διατριβή που υποβλήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών
4. Καλαποθάκη-Χατζηκωνσταντίνου, (1990) Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού, Εργασίι πιουνοιασμένη στο σεμινάριο του European School of Oncology, με θέμα "Breast Cancer", Αθήνα 5-7 Απριλίου 1990.
5. Καρβέλας Φ. , (1995), «Παράγοντες κινδύνους στον Καρκίνο του μαστού» τόμος 57, τεύχος 1, Περιοδικό «Ιατρική».
6. Κατσουγιάννη Κ., Κογεβίνας Μ., Δόντας Ν., Maisonneuve P., Boyle P., Τριχόπουλος Δ.. «Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα 1960-1985». Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1990.
7. Κυρίτση Ε ,(1999)« Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας».Νοσηλευτική 2:151- 155,
8. Κόνιαρη Ε., (1998), «Το βιβλίο του μαστού», Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα
9. Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2008), Παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
10. Μαρκόπουλος, Χρήστος, (2007), Εγχειρίδιο καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
11. Μπούτης, Λ « Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού ,(1999),Σεμινάριο. Θέμα «Επιδημιολογία και θεραπευτικός αλγόριθμος του καρκίνου του μαστού», , Σαντορίνη.

12. Πατηράκη-Κουρμπάνη, (2000) «Προτεραιότητες στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών»:Η ανακούφιση του χρόνιου πόνου Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης ΠΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας».
13. Πινακίδης Μ., - Μπούτης Λ., (1993), «Καρκίνος μαστού», Θεσ/νίκη, Εκδόσεις : University Studio press A.E.
14. Ραζής Α, «Υποκλινικός Καρκίνος Μαστού». Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1993.
15. Σακοράφας Γ., (2000), Ο καρκίνος του μαστού, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης,
16. Σαχίνη, Άννα, (2000), Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
17. Σκούρας Ν, «Αποκατάσταση του Μαστού μετά τη Μαστεκτομή-Εκλογή Καλύτερης Θεραπευτικής Μεθόδου», Ελληνική Ογκολογία 1993.
18. . Τσιρλιάγκος Α,(2004) «Χειρουργική » Α.Τ.Ε.Ι Θεσ/νίκης Α έκδοση
19. Τοκμακίδης, Π.,(2003) «Ο Γυναικείος Μαστός» Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
20. Φύσσας, Γιάννης, (2006), Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη, Αθήνα

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

21. Frost P., Leving B., “Clinical Implications of Metastatic Process”, Lancer 1992.
22. Harris JR., “Breast Cancer”. N.England, Med 1992.
23. Holland R., “Extent, distribution, mastographic / histological correlation of Breast ductal carcinoma in situ”, Lancer 1990.
24. Cecil, Παθολογία, Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα, 1991.
25. Dorval M, Taylor-Brown, (2001) « Marital stability after breast cancer» Nat Cancer Insist 91:54-59.
26. Eriksson E, Laury S,(2000) «Participation of relatives in the care of cancer patients’» .Eur Oncol Nurs 4:99-107
27. Ganz PA, Desmond KA, et al ,(2004) « Life after breast

cancer»understanding Women health –Related Quality of life and Sexual functioning 16:501-551 Grunfeld E, Coyle D et al «Family caregiver Burden» : results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers

28. Keller M, Fall P,(2005) « Optimizing Quality of life», Supplements105:9-15

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

30. Mc Cready T,(1998) « Management of patient with breast cancer».

31. Pascarella JV,(1997) «Depressive phenomena, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer». Nurs Res 46:214-221

32. Rogers M, Kristjanson LJ,(2002) « The impact of sexual functioning of chemotherapy induced menopause in women with breast cancer». Cancer Nursing 25:57-65

33. Sammarco A,(2001) «Psychosocial stages and quality of life in women with breast cancer» . Cancer Nurs 24:272-277.

34. Schover LR, Tuason LJ, et al, (1995) « Partial mastectomy and breast reconstruction»: Cancer 75:54-64

35. Spiegel D, 1997 « Psychosocial aspects of breast cancer Treatment »: Sem Oncol 24:36-47

36. Vivar CG, Mc Queen A, (2005) «Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer» J, AdvNurs 51:520-528

37. Vos Pj, Visser Ap, et al, (2006) « Effects of delayed psychosocial interventions for women with early breast cancer» .60:212-219

38. Wengstrom Y, Forsberg C, (2001) « Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer receiving radiation therapy» .Eur J Oncol Nurs 4: 264-271

39. Chapman D &Goodman M, (1997) «Breast Cancer In Groenwald SI», Cancer nursing: Principles and practise 4 th edition,Toronto Canada pp916-979.

40. Hull MM , (2000) «Lymfedema in women treated for breast cancer», Sem Oncol Nurs 16:226-237

Γ. ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

41. Σγουράκης Γεώργιος: Ανατομία και Φυσιολογία του μαστού
<http://www.exe1928.gr/static/media/2011/10/cf83ceb3cebfcf85cf81ceb1cebaceb7cf83-anatomy-and-physiology-of-the-breast-exe-18-09-2006.doc>

Δ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- 42 www.medlook.gr
- 43 <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%BD%CE%BF%CF%82%CF%84%CE%BF%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%8D>
- 44 <http://www.iarc.fr/en/research-groups/index.php>
- 45 http://www.anti-cancer.gr/print_pages/1
- 46 <http://www.karkinos24.gr/index.php/karkinostoumastou>
- 47 <http://katirtzidaki.weebly.com/>
- 48 <http://www.emedi.gr/987/o-mastos-sthn-texnh>

