



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

Πανεπιστήμιο Πατρών
Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία

Θέμα: “Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτικές προσεγγίσεις”



Φοιτήτρια: Ξανθούλα Αρέστη

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Σπυράτος Φώτης

ΠΑΤΡΑ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
Εισαγωγή	5
1. Κεφάλαιο 1	7
1.1. Ανατομία του μαστού	7
1.2. Φυσιολογία του μαστού	8
2. Κεφάλαιο 2	12
2.1. Ορισμός καρκίνου του μαστού	12
2.2. Παθολογία καρκίνου του μαστού	12
2.3. Αίτια καρκίνου του μαστού	13
2.4. Επιδημιολογία	14
2.5. Στάδια καρκίνου του μαστού	15
2.6. Παράγοντες εμφάνισης της νόσου	16
2.6.1. Οικογενειακό ιστορικό	17
2.6.2. Πρώιμη εμμηναρχή ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση	17
2.6.3. Καθυστερημένη κύηση ή άτεκνες γυναίκες	17
2.6.4. Παχυσαρκία	18
2.6.5. Κληρονομικότητα	18
2.6.6. Περιβάλλον	19
2.6.7. Αλκοόλ	19
2.6.8. Ηλικία	19
2.6.9. Φύλο	19
2.7. Διάγνωση καρκίνου του μαστού	20
2.7.1. Ιστολογική βιοψία με βελόνι	21
2.7.2. Στερεοτακτική βιοψία	21
2.7.3. Κυτταρολογική βιοψία	21
2.7.4. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία	22
2.8. Ιστορικό υγείας ασθενούς	22
2.9. Κλινική εικόνα	22
2.10. Πρόγνωση	24
2.11. Πρόληψη	25

2.12. Θεραπεία	26
2.12.1. Ορμονοθεραπεία	27
2.12.2. Χημειοθεραπεία	27
2.12.3. Ακτινοθεραπεία	28
2.12.4. Χειρουργική αποκατάσταση μαστών	28
2.12.5. Μαστοπλαστική μείωση μεγέθους	28
2.12.6. Μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους	29
2.12.7. Μαστοπλαστική αποκατάστασης	29
2.13. Αυτοεξέταση των μαστών	30
2.14. Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού σε άλλα όργανα	32
3. Κεφάλαιο 3	33
3.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	33
3.2. Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη	34
3.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου	35
3.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις καρκινοπαθούς σε αγχωτικές καταστάσεις	36
3.5. Η οικογένεια του ασθενούς με καρκίνο του μαστού	37
3.6. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	38
3.7. Προετοιμασία πριν το χειρουργείο	39
3.8. Μετεγχειρητική φροντίδα	39
3.8.1. Σημεία μετεγχειρητικής φροντίδας	40
3.9. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία της νόσου	41
4. Κεφάλαιο 4	42
4.1. Νοσηλευτικές διεργασίες σε περιστατικά	42
4.2. Περιστατικό 1	42
4.2.1. Νοσηλευτική διεργασία πινάκας 1	43
4.3. Περιστατικό 2	45
4.3.1. Νοσηλευτική διεργασία πινάκας 2	45
Επίλογος	48
Βιβλιογραφία	50

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τους συνηθέστερους καρκίνους για το γυναικείο φύλο. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τον ορισμό του καρκίνου του μαστού και το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία του. Ο καρκίνος λοιπόν του μαστού είναι μια πάθηση της σύγχρονης εποχής και η συχνότητά της αυξάνεται ολοένα με το πέρασμα του χρόνου. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να περιγράψει τον καρκίνο του μαστού, ώστε να επέρχεται έγκαιρη διάγνωση και να διερευνηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της νόσου αυτής καθώς και στη ψυχολογική του και σωματική υπόσταση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η πτυχιακή εργασία, είναι διαταγμένη σε τέσσερα κύρια μέρη. Αρχικά περιγράφεται η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού, έπειτα δίνεται ο ορισμός του καρκίνου του μαστού, οι παράγοντες κινδύνου, τα στάδια εκδήλωσης της νόσου, η διάγνωση, η πρόληψη και η πρόγνωση αλλά και οι τρόποι θεραπείας. Έπειτα, στο τρίτο μέρος, αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή σε διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία αλλά και στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του. Τέλος, γίνεται παρουσίαση της νοσηλευτικής διεργασίας με περιστατικά ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Καρκίνος του μαστού, διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτικής, νοσηλευτική προσέγγιση, νοσηλεία.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most frequent cancers among the women population. The purpose of the present assignment was to describe breast cancer and to explore the nurse's role in dealing with this disease. The incidence trend of this cancer increasing rapidly in our country. The purpose of this study was to describe breast cancer, the need for early diagnosis and to investigate the role of the nurse in the treatment of this disease as well as in the psychological and physical support of the patient and his family. The thesis is divided into four parts. The first part presents the anatomy and physiology of the breast. The second part defines breast cancer, the risk factors, the stages of the disease, the diagnosis, the prevention, the prognosis and the treatment modalities. In the third section, the role of the nurse in both the diagnostic, therapeutic and psychological support of the patient and her family has been analysed. The last section presents the nursing process with patient incidents.

Keywords: breast cancer, diagnosis, treatment, nurse, nursing approach, nursing.

Εισαγωγή

Στο παρόν, 21ο αιώνα, ο καρκίνος του μαστού είναι το πιο δημοφιλές είδος κακοηθούς καρκίνου που εμφανίζεται στις γυναίκες και πιο σπάνια στους άντρες. Στα πρώτα στάδια, η πάθηση είναι θεραπεύσιμη μέσω χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Ο καρκίνος αυτός, αναπτύσσεται κυρίως στα κύτταρα των αδενοκυψελών, στους πόρους και στα λοβία του μαστού. Αρχικά, εμφανίζεται και καθορίζεται στη συνέχεια από την ταχύτητα της ανάπτυξής του και την εξέλιξη του όγκου. Οι ασθενείς που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, είναι το επίκεντρο της εποχής μας αφού πλήττει πολύ μεγάλο ποσοστό πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως αυτό το είδος του καρκίνου αυξάνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς και είναι πάρα πολύ συχνός στις γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι και η συχνότητά του, η διάγνωσή του και οι προσπάθειες που γίνονται για τη θεραπεία του, ότι υπερτερούν χρονολογικά σε σχέση με άλλα είδη καρκίνου που αφορούν άλλα όργανα.

Ο καρκίνος του μαστού έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών γιατρών και ιστορικών για πολλά χρόνια εξαιτίας της άγνοιας που υπήρχε σχετικά με τα αίτια που τον προκαλούν παρά τις θεωρητικές προσεγγίσεις. Ο μαστός υπάρχει ως διπλό όργανο και έτσι αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθενειών. Αδιαμφισβήτητα, ο μαστός χαρακτηρίζεται ως προσάρτημα του δέρματος και εμφανίζει διαταραχές μέσω ψηλάφησης έτσι ο ασθενής μπορεί να εντοπίσει εγκαίρως οποιαδήποτε ανωμαλία παρουσιάσει και μπορεί να διαγνωστεί και έτσι να θεραπευτεί εγκαίρως.

Οι ασθενείς που υποφέρουν από τον καρκίνο του μαστού αυξάνονται παγκόσμια. Σύμφωνα με τη διεθνή έκθεση για τις καρκινικές παθήσεις, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου μεταξύ γυναικών για ένα εκατομμύριο κρούσματα παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ τα κρούσματά του ξεπερνούν τις διακόσιες χιλιάδες το χρόνο και στην Ελλάδα παρουσιάζονται 4500 νέα κρούσματα κάθε χρόνο. Στην Κύπρο, είναι και πάλι πρώτος ο

καρκίνος του μαστού αφού από το 2012 έχουν καταγραφεί συνολικά 2831 περιστατικά και που αποτελούσαν το 33,7% από όλα τα περιστατικά που αφορούσαν γυναίκες. Συνεπώς, μία στις οκτώ γυναίκες στην Αμερική και μια στις εννιά γυναίκες σε Ευρώπη πρόκειται να νοσήσει με κακοήγη μαστική νεοπλασία σε κάποια φάση της ζωής της. Το 30% σε παγκόσμιο πληθυσμό έχει σημειώσει ιστορικό κληρονομικότητας στην οικογένεια τους για καρκίνο του μαστού. Στην Ελλάδα τα κρούσματα αφορούν 1 στις 12. Θετικό είναι ότι στην Ευρώπη, το 60% των κρουσμάτων ανιχνεύεται σε πρώιμο στάδιο, ενώ στην Ελλάδα φτάνει το 5%. Αντιλαμβανόμαστε με αυτό ότι υπάρχει ελλειπή ενημέρωση. Είναι εφικτό να θεραπευτεί όταν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και αυτό αποδεικνύεται από το υψηλό ποσοστό επιβίωσης των νοσούντων που ανέρχεται στο 95%.

Η διάγνωση στα αρχικά στάδια μπορεί να επιτευχθεί είτε με συχνούς προληπτικούς ελέγχους, είτε με μαστογραφία είτε με ψηλάφηση του στήθους. Αν και έχει διαφανεί ότι το 20% είναι πιθανό να εντοπιστεί μέσω της ψηλάφησης, πρέπει να γίνει περαιτέρω εξέταση από γιατρό.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση του καρκίνου του μαστού και ο ρόλος προσέγγισης του νοσηλευτή προς τον ασθενή (Richard, 2007).

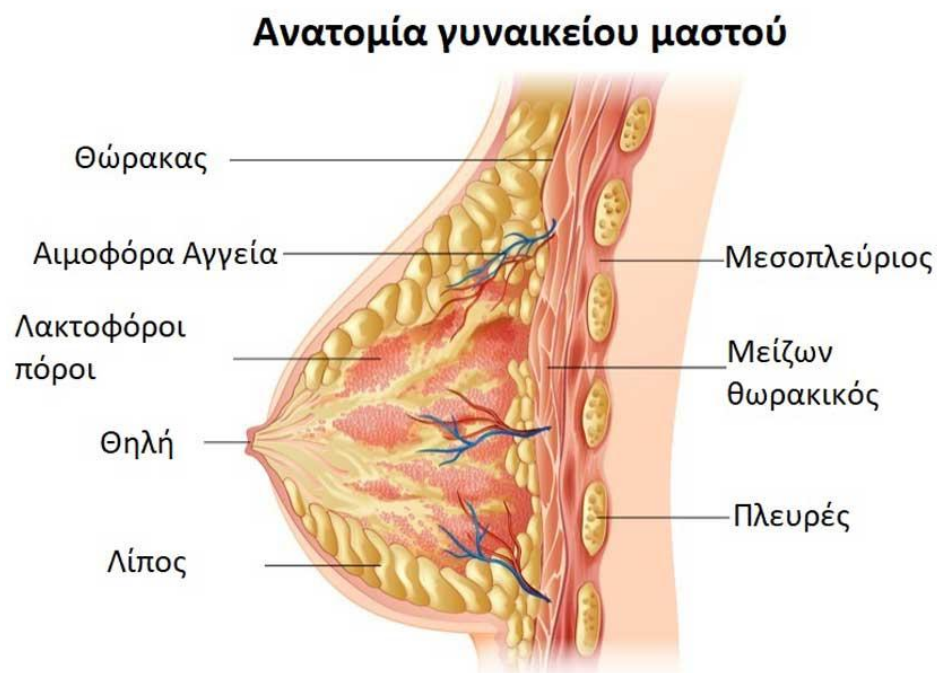
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Κεφάλαιο 1

1.1. Ανατομία του μαστού

Ο μαστός αποτελείται από τους μαστικούς αδένες, το αντίστοιχο δέρμα και τους συνδετικούς ιστούς. Η μαστική περιοχή μετατοπίζεται έξω από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και συνδέει το άνω άκρο πάνω στον κορμό. Η περιοχή αυτή απαρτίζεται από ένα επιπολής τμήμα που περιλαμβάνει το δέρμα, την επιπολής σωματική περιτονία και τους μαστούς μαζί με ένα τμήμα που περιλαμβάνει μυς και συνοδά μορφώματα. Τα νεύρα, τα αγγεία και τα λεμφαγγεία του επιπολής τμήματος αναδύονται από το θωρακικό τοίχωμα, τη μασχάλη και το λαιμό. Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό αδένα και είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος στα έφηβα θήλεα άτομα (Χατζημούγιας, 2007). Οι μαστικοί αδένες είναι τροποποιημένοι ιδρωτοποιοί αδένες στην επιπολής σωματική περιτόνια, μπροστά από τους θωρακικούς μύες και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Οι μαστικοί αδένες αποτελούνται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων. Τα στοιχεία αυτά αθροίζονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλλουν ξεχωριστά καθένας στη θηλή. Η θηλή περιβάλλεται από μια κυκλική σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος, που ονομάζεται θηλαία άλως. Οι πόροι και τα λόβια του μαστικού αδένα περιβάλλονται από ένα καλά αναπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού. Σε ορισμένα σημεία το στρώμα αυτό συμπυκνώνει και διαμορφώνει ανεξάρτητους συνδέσμους, τους κρεμαστήρες συνδέσμους του μαστού, οι οποίοι συνδέονται με το χόριο του δέρματος και υποστηρίζουν το μαστό. Ο μαστός έχει σχήμα κώνου, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή. Το καρκίνωμα του μαστού προκαλεί διάταση των συνδέσμων αυτών με αποτέλεσμα τη ρυτίδωση του δέρματος. Στις γυναίκες οι οποίες δεν θηλάζουν δομικό στοιχείο του

μαστού αποτελεί το λίπος ενώ στις γυναίκες όπου θηλάζουν ο αδενικός ιστός είναι πιο άφθονος. Ο μαστός στηρίζεται πάνω στη σωματική περιτόνια και σχετίζεται με το μείζονα θωρακικό και άλλους γειτονικούς μυς, ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού χωρίζει το μαστό από την περιτόνια και δίνει τη δυνατότητα κάποιας κινητικότητας σε σχέση με τα υποκείμενα μορφώματα. Η επιφάνεια στήριξης κάθε μαστού εκτείνεται κατακόρυφα από την δεύτερη μέχρι την έκτη πλευρά και εγκάρσια από το στήρνο και προς τα έξω μέχρι τη μέση μασχαλιαία γραμμή (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006).



1.2.Φυσιολογία του μαστού

Οι μαστοί των γυναικών κατά την ηλικία των 20-30 ετών είναι διαφορετικοί ορμονικά και βιολογικά από εκείνους των γυναικών ηλικίας 40-50 ετών που εισέρχονται σταδιακά στην εμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες αλλά και η προγεστερόνη διατηρούν τους μαστούς πυκνούς και αυτό συσχετίζεται

με τις περιοδικές μεταβολές που εμφανίζονται σε αυτούς λίγες ημέρες πριν την ωορρηξία μέχρι και την εμμηνόρροια, όπως η αύξηση του μεγέθους των μαστών, ο πόνος και ευαισθησία. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν λίγες ημέρες μετά την έναρξη της έμμηνης ρύσης, είναι απολύτως φυσιολογικά και δεν προκαλούν καμία ανησυχία. Όταν οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση ο αδενικός ιστός και τα λόβια του μαστού ατροφούν και αναπληρώνονται από λίπος. Παρατηρώντας σταδιακή μείωση της πυκνότητας των μαστών που έχει ως συνέπεια τη μεγαλύτερη ευαισθησία της μαστογραφίας στην εύρεση του καρκίνου αλλά και την υποχώρηση του πόνου και της ευαισθησίας που εμφάνιζε η γυναίκα κατά την αναπαραγωγική ηλικία. Οι αδένες του μαστού έχουν σημαντικό ρόλο στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006). Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες όπου επηρεάζουν στην ανάπτυξη του μαστού, όπως ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυροειδής αδένας, ο πλακούντας, η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους. Ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση, η απελευθέρωση και σε μερικές περιπτώσεις η παραγωγή των ορμονών της υπόφυσης είναι υπό τον τονικό έλεγχο τουλάχιστο μιας υποθαλαμικής ορμόνης (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006). Οι υποθαλαμικές ορμόνες απελευθερώνονται από τις απολήξεις των νευρικών ινών γύρω από τα τριχοειδή του υποθαλαμικού συστήματος. Δύο ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυροειδοτρόπος ορμόνη. Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην

ανάπτυξη των μαστών εφόσον είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη. Η ωκυτοκίνη απελευθερώνεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης και έχει σημαντικό ρόλο στο τοκετό όπου βοηθάει στη διέγερση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας, και το θηλασμό. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού η ωκυτοκίνη απελευθερώνεται από την νευροϋπόφυση προκαλώντας εξώθηση του γάλακτος από τους μαζικούς αδένες των μαστών. Η παραγωγή του γάλακτος διεγείρεται από την προλακτίνη (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006). Η προλακτίνη είναι ένα πολυπεπτίδιο μονής αλυσίδας που αποτελείται από 198 αμινοξέα και σχετίζεται με την αυξητική ορμόνη εκκρίνεται σε χαμηλά επίπεδα όμως στις εγκυμονούσες και στις γυναίκες όπου θηλάζουν ο αριθμός των λακτοτροφικών κυττάρων είναι αυξημένος και η προλακτίνη του πλάσματος είναι αυξημένη. Οι κύριες δράσεις της ορμόνης είναι η διέγερση της ανάπτυξης των μαστών και η παραγωγή γάλακτος. Ο θυρεοειδής αδένας αποτελείται από δυο λοβούς οι οποίοι βρίσκονται το κάθε πλάγιο μέρος της τραχείας και ενώνονται μεταξύ τους με θυρεοειδικό ιστό όπου ονομάζεται ισθμός του θυρεοειδούς και βρίσκεται μπροστά από την τραχεία, όπου και παράγεται η θυροξίνη. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης. Ο πλακούντας συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνο ορμόνη (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006).. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει

όμως και με τη δράση της προλακτίνης , γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδέννα (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Κεφάλαιο

2.1.Ορισμός καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις συχνότερες κακοήθειες ασθένειες στις γυναίκες και πρόκειται για κακοήγη όγκο ο οποίος αναδύεται στην περιοχή των μαστών. Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους αδένες του μαστού ή τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στην περίοδο του θηλασμού. Αναφέρεται ότι μια στις εννιά γυναίκες περίπου θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Αυτό οφείλεται στον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων και επιφέρει την ανάπτυξη κακοήθους όγκου. Τα συγκεκριμένα παθολογικά κύτταρα εξαπλώνονται σε γειτονικούς ιστούς και με τη σειρά τους προκαλούν δυσμενείς καταστάσεις στον οργανισμό. Υπάρχει μια ελάχιστη πιθανότητα εμφάνισης αυτής της κυτταρικής νόσου στους άντρες αλλά τα περισσότερα κρούσματα αφορούν γυναίκες. Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε δύο τύπους, τον πορογενή καρκίνο που προέρχεται από τους γαλακτοφόρους πόρους και τον λοβιακό που εμφανίζεται από τα λόβια, τα σημεία όπου παράγεται το μητρικό γάλα (Runge, Greganti, 2015).

2.2.Παθολογία καρκίνου του μαστού

Αρχικά, ο καρκίνος του μαστού αρχίζει με ένα απλό κύτταρο όπου στην πορεία αλλάζει όψη και έπειτα είναι εξαρτώμενο από διάφορες ορμόνες. Υπάρχουν δύο μορφές του πρωτοπαθούς μαστού τη διηθητική και τη μη διηθητική. Ο διηθητικός καρκίνος τις περισσότερες φορές έχει την όψη μιας μάζας που ανιχνεύεται

μαστογραφικά, παρατηρώντας μια διαταραχή στη μάζα του αδένου (Runge, Greganti, 2015).

Ο καρκίνος του μαστού σχετίζεται με εισολκή ή έκκριμα της θηλής. Η πιθανότητα για κακοήγη καρκίνο είναι υψηλότερη όταν το έκκριμα μέσα περιέχει αίμα. Σπάνια ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει φλεγμονή στο δέρμα, συνήθως παρουσιάζεται οίδημα του δέρματος του μαστού που δίνει όψη φλοιού πορτοκαλιού. Στο αρχικό στάδιο καρκίνου του μαστού από το πρώτο έλεγχο ο καρκίνος βρίσκεται σε ένα θεραπεύσιμο στάδιο με τη νόσο να περιορίζεται μόνο στο μαστό ή και στους γύρω λεμφαδένες. Παρόλα αυτά 10% των περιστατικών καρκίνου του μαστού περιέχουν και μεταστάσεις. Αντιθέτως ο μη διηθητικός καρκίνος του μαστού περιλαμβάνει το πυρογενές μη διηθητικό καρκίνωμα μαστού(DCIS) όπου προκαλεί μια προκαρκινική βλάβη που φθάνει το ποσοστό 30% μη επαρκώς θεραπευμένων περιπτώσεων που υποτροπίασαν. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται με μαστογραφία, μόνο το 10% αποτελούν ψηλαφητές βλάβες. Η νόσος Paget είναι μια σπάνια παραλλαγή του DCIS που μπορεί να εμφανιστεί μόνη της ή ταυτόχρονα με διηθητική νόσο. Εμφανίζεται ως εκζεματοειδής αλλοίωση της θηλής που αντιπροσωπεύουν την επέκταση του DCIS καρκινικού στοιχείου μέσα στους κύριους πόρους (Runge, Greganti, 2015).

2.3.Αίτια καρκίνου του μαστού

Τα ακριβή αίτια για τη νόσο αυτή δεν είναι εξακριβωμένα αλλά κατά τα τελευταία πρόσφατα χρόνια γίνονται περισσότερες έρευνες ώστε να καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα γνωστά μικρόβια και ιούς, καθώς δεν υπάρχει μόνο ένα είδος καρκίνου του μαστού. Κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με άλλες αφού έχουν παράγοντες που αυξάνουν

κι άλλους που ελαττώνουν τον κίνδυνο για παρουσίαση του καρκίνου του μαστού (Σκανδαλάκης, Π. Ν., 2006).

Ο καρκίνος του μαστού αρχίζει στα κύτταρα που αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία που συνθέτουν τους ιστούς. Κάποιες φορές η διαδικασία ανάπτυξης των κυττάρων δεν επιτελείται φυσιολογικά και νέα κύτταρα σχηματίζονται όταν το σώμα δεν τα χρειάζεται ενώ παλιά ή κατεστραμμένα κύτταρα δεν πεθαίνουν όπως θα έπρεπε. Όταν συμβαίνει αυτό, η συσσώρευση των κυττάρων συχνά σχηματίζει μια μάζα ιστού που ονομάζεται όγκος. Όταν κακοήθεις όγκοι αναπτύσσονται στο στήθος τότε μιλάμε για καρκίνο του μαστού. Αυτά τα κύτταρα τείνουν να εξαπλωθούν από τον αρχικό όγκο και να εισέλθουν στα αιμοφόρα αγγεία ή στα λεμφικά τα οποία ενώνονται με τους ιστούς όλου του σώματος. Όταν ο καρκίνος κάνει μετάσταση και σε άλλα σημεία του σώματος αρχίζει να καταστρέφει ιστούς και όργανα (Runge, Greganti, 2015).

2.4.Επιδημιολογία

Όπως έχουμε προαναφέρει, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή, μη δερματολογική κακοήθη νόσος που σχετίζεται με τις γυναίκες κατά τα τελευταία κυρίως χρόνια. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, στο δυτικό κόσμο μια στις οκτώ γυναίκες με ποσοστό που ανέρχεται στο 12,5% έχει πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο του μαστού στη ζωή της. Το ποσοστό αυτό συνάδει με τον κίνδυνο που έχει ένας βαρύς καπνιστής να πάθει καρκίνο του πνεύμονα. Έχουν αναφερθεί 1,4 εκατομμύρια νέα κρούσματα και αφορά τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και σημειώνονται περισσότεροι από 450 000 θάνατοι. Η πιθανότητα να πάθει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού είναι μία προς 36 δηλαδή 3%.Οι θάνατοι από το νόσο έχουν μειωθεί δραματικά από το 1990 και

μετά. Αυτό αποδίδεται σε έγκαιρη διάγνωση, αυξημένη ευαισθητοποίηση και σε νεότερες και πιο αποτελεσματικές θεραπείες (Runge, Greganti, 2015).

2.5.Στάδια καρκίνου του μαστού

Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού χωρίζεται σε τέσσερα στάδια και κάθε ένα από αυτά καθορίζει το ρυθμό πενταετούς επιβίωσης του παθόντα. Στο στάδιο 0, είναι η φάση στην οποία εντοπίζεται το καρκίνωμα, το λοβώδες καρκίνωμα που περιέχει καρκινικά κύτταρα στη βασική μεμβράνη του λοβού ή το πορώδες καρκίνωμα που περιέχει καρκινικά κύτταρα στη βασική μεμβράνη του πόρου. Σε αυτό το στάδιο, ο ρυθμός πενταετούς επιβίωσης ανέρχεται στο 100%.

Στο πρώτο στάδιο, είναι το πρώιμο στάδιο διηθητικού καρκίνου, όπου ο όγκος δεν ξεπερνά τα δύο εκατοστά σε διάμετρο και τα καρκινικά κύτταρα δεν έχουν διασπαρθεί πέραν του όγκου. Όπως και στο στάδιο 0 ο ρυθμός επιβίωσης είναι 100%, αφού ενισχύεται και η θεραπεία σε αυτά τα δύο στάδια.

Στο επόμενο στάδιο, το οποίο χωρίζεται σε τρία επιμέρους στάδια, ο όγκος είτε δεν ξεπερνά τα δύο εκατοστά σε μήκος και έχει διασπαρθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή ο όγκος είναι μεταξύ στα δύο και πέντε εκατοστά και μπορεί να έχει διασπαρθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, είτε ο όγκος είναι πιο μεγάλος από πέντε εκατοστά και δεν έχει διασπαρθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται στο 81 – 92%.

Στο επόμενο στάδιο, το τρίτο, που είναι τοπικά προχωρημένο, ο όγκος είναι αρκετά μεγάλος αλλά δεν έχει διασπαρθεί πέρα από το μαστό και τους παρακείμενους λεμφαδένες. Σε αυτό το σημείο, ο όγκος είτε ξεπέρασε τα πέντε εκατοστά και ο καρκίνος έχει διασπαρθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες οι οποίοι βρίσκονται σε

επαφή μεταξύ τους ή με άλλες δομές, είτε ο όγκος είναι μικρότερος από πέντε εκατοστά αλλά έχει διασπαρθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και το ποσοστό επιβίωσης ανέρχεται στο 67%. Έπειτα, ο όγκος επεκτείνεται είτε στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα του μαστού, είτε στους λεμφαδένες πέρα από το στήρνο. Ο φλεγμονώδης τύπος καρκίνου είναι σπάνιος και κατά αυτόν, ο μαστός είναι ερυθρός και οιδηματώδης αφού τα καρκινικά κύτταρα αποφράσσουν τα λεμφαγγεία του δέρματος του μαστού και το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται στο 54%. Στο στάδιο αυτό εντοπίζεται και ο όγκος οποιουδήποτε μεγέθους, που έχει διασπορά σε λεμφαδένες πέρα από το στήρνο και τους μασχαλιαίους, ή πάνω ή κάτω από τον τράχηλο.

Στο τελικό στάδιο, έχουν διαπιστωθεί ότι υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε άλλα σημεία του σώματος. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης, μειώνεται δραματικά στο 20% (National Cancer Institute, 2016). Τα προαναφερόμενα ποσοστά επιβίωσης αποδεικνύουν πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση στην εξάλειψη της νόσου.

2.6. Παράγοντες εμφάνισης της νόσου

Γυναίκες που έχουν συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου παρουσιάζουν και αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου μπορούν να αποφευχθούν όπως για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ. Κάποιοι άλλοι παράγοντες είναι αδύνατο να προληφθούν όπως το οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του στήθους. Το ότι υπάρχουν ή συνυπάρχουν κάποιοι παράγοντες δεν σημαίνει απαραίτητως ότι η γυναίκα θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Άλλωστε είναι πολλές οι γυναίκες που ενώ έχουν παράγοντες κινδύνου δεν αναπτύσσουν ποτέ τη νόσο, ενώ άλλες που έχουν ως μοναδικό παράγοντα κινδύνου το

φύλο τους τελικά αναπτύσσουν. Ωστόσο πολλοί επιστήμονες μετά από αρκετή έρευνα προσδιόρισαν τους παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Μαρκόπουλος, 2004).

2.6.1. Οικογενειακό ιστορικό

Όταν μια γυναίκα έχει συγγενή πρώτου βαθμού όπως για παράδειγμα μητέρα ή αδελφή ή και κόρη που έχει υποστεί καρκίνο του μαστού τότε έχει διπλάσιο κίνδυνο για να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και η ίδια της. Ο κίνδυνος αυτός πενταπλασιάζεται όταν υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού με αυτό τον καρκίνο στο ιστορικό τους. Οπότε είναι σημαντικό να γνωρίζουμε αν υπάρχει ιστορικό ώστε να κάνει έγκαιρα τη διάγνωση και τις απαραίτητες εξετάσεις (Παρασκευάς, 2008).

2.6.2. Πρώιμη εμμηναρχή ή καθυστερημένη εμμηνόπαυση

Οτιδήποτε επηρεάζει μακροχρόνια έκθεση του μαστού στα οιστρογόνα επηρεάζει ανάλογα και τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Για αυτό το λόγο, αν η περίοδος αρχίσει πολύ νωρίς σε ηλικία κάτω των δώδεκα ετών, και η εμμηνόπαυση έρθει καθυστερημένα άνω των 55 ετών.

2.6.3. Καθυστερημένη κύηση ή άτεκνες γυναίκες

Όταν μια γυναίκα δεν έχει παιδιά ή γέννησε το πρώτο της παιδί σε ηλικία άνω των 30 ετών, τότε και αυτή η γυναίκα έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού καθώς συμβαίνει και με την παρατεταμένη χρήση ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση.

2.6.4. Παχυσαρκία

Το υπερβολικό σωματικό βάρος και η παχυσαρκία έχουν συσχετιστεί με υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση ορμονο – εξαρτώμενων μορφών καρκίνου. Για αυτό το λόγο, ορμόνες του φύλου συντίθενται και στον λιπώδη ιστό, στα παχύσαρκα άτομα που συχνά κυκλοφορούν αυξημένες ποσότητες ορμονών που τροφοδοτούν τις ορμο – εξαρτώμενες κακοήθειες νόσους του μαστού. Ειδικά αν η γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση έχει βάλει βάρος, τότε έχει αυξημένα ποσοστά καρκίνου του μαστού και αυτό συμβαίνει λόγω των αυξημένων οιστρογόνων από το λιπώδη ιστό (Λουτράδης, κ.ά, 2018).

2.6.5. Κληρονομικότητα

Έχει διαφανεί ότι το 5% των περισσότερων καρκίνων ευρύτερα, οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες. Το ίδιο είναι και ο καρκίνος του μαστού τις περισσότερες φορές. Οφείλεται λοιπόν σε μια γενετική μετάλλαξη ή είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης άλλων γονιδίων. Ο κληρονομούμενος καρκίνος είναι αυτός που γίνεται αντιληπτός από το ιστορικό της γυναίκας όταν υπάρχουν συγγενείς που εκδήλωσαν καρκίνο του μαστού σε μικρή ηλικία ή που εκδήλωσαν και στους δύο μαστούς ή αν υπάρχει συγχρόνως και ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών. Ωστόσο, δύο γονίδια γνωστά ως BRCA 1 και 2, έχουν διαφανεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού όταν έχουν υποστεί γενετική αλλοίωση. Αν και η κληρονομικότητα φαίνεται να παίζει ρόλο σε ποσοστό μικρότερο του 10% επί των κρουσμάτων, έχει διασαφηνιστεί ότι είναι ένας βασικός παράγοντες κινδύνου. Γυναίκες με εξ' αίματος συγγενείς που έχουν ήδη νοσήσει στο παρελθόν, εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό (Χαράτση – Γιωτάκη, 2010).

2.6.6. Περιβάλλον

Όλο και περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε συγκεκριμένες τοξίνες αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Η περιβαλλοντική έκθεση σε χημικά που έχουν την ιδιότητα να τροποποιούν τις ορμόνες όπως μικροβιοκτόνα, πολυκυκλικοί αρωματικοί υδραγονάθρακες, ο οποίοι ανευρίσκονται στο κρέας το οποίο έχει ψηθεί στα κάρβουνα σε υψηλές θερμοκρασίες (Κρεατσάς, 2002).

2.6.7. Αλκοόλ

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον έδειξε ότι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και μετά την εγκυμοσύνη κάνουν περισσότερη κατανάλωση αλκοόλ και αυτό συμβάλλει στον καρκίνο του μαστού και γενικά σε αρκετών ειδών καρκίνου (Κρεατσάς, 2002).

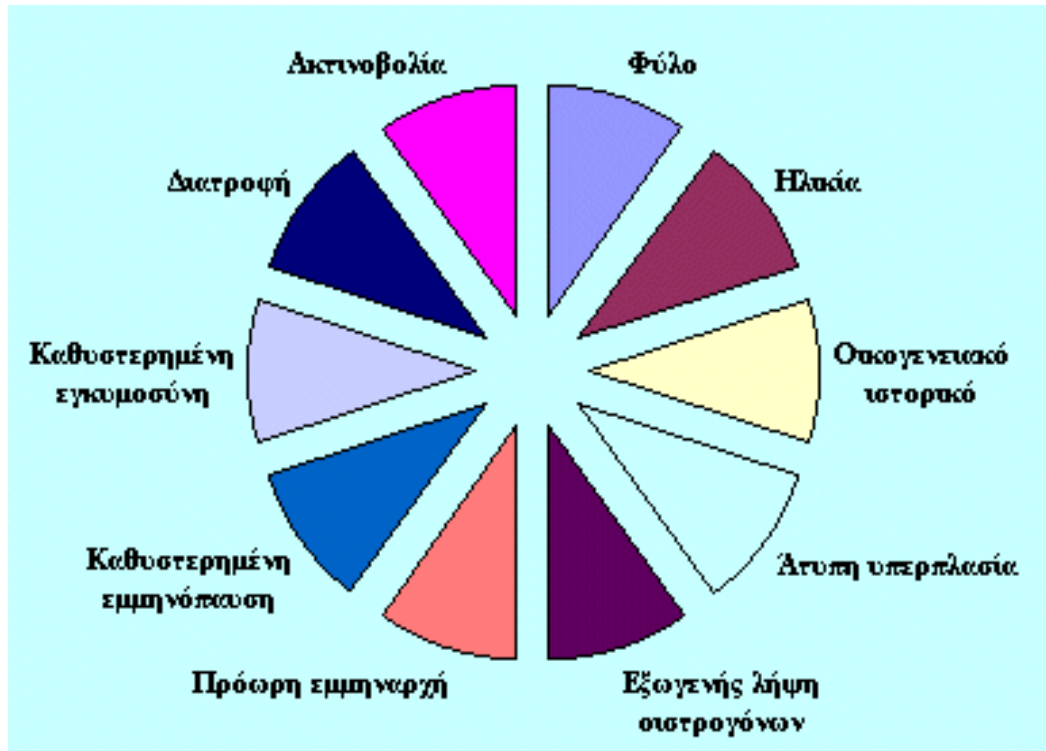
2.6.8. Ηλικία

Οι ορμονικές μεταβολές που παρατηρούνται με τη γήρανση σχετίζονται με τον κίνδυνο της εμφάνισης καρκίνου. Οι μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες χορηγούνται εξωγενή οιστρογόνα, διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και της μήτρας. Όσο μεγαλώνεις αυξάνεται και ο κίνδυνος. Οι έρευνες δείχνουν πως δύο στις τρεις γυναίκες που διαγνώσκονται με επιθετικό καρκίνο του μαστού αφορούν ηλικίες άνω των 55 ετών (Κόνιαρη, 1998).

2.6.9. Φύλο

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια γυναικεία νόσος. Αν και άντρες μπορούν να εμφανίσουν, τα κρούσματα από γυναίκες είναι 100 φορές περισσότερο συχνά. Αυτό αποδίδεται στα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης στις

γυναίκες, τα οποία μπορεί να συμβάλουν στη δημιουργία και ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων.



2.7. Διάγνωση καρκίνου του μαστού

Αν και το 90% των όγκων ανιχνεύονται από τις ίδιες τις γυναίκες κατά την αυτοεξέταση και ψηλάφηση, να πούμε ότι στα πιο πρώιμα στάδια και πιο πρώιμες μορφές του καρκίνου χρειάζεται η μαστογραφία ή το υπερηχογράφημα των μαστών, αφού ο όγκος δεν είναι ψηλαφητός. Το έκκριμα από τη θηλή ή η αλλαγή δέρματος του μαστού, όπως και η εισόκλη του δέρματος είναι σημεία που μπορούν να φανερώνουν καρκίνο του μαστού.

Οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρείται στο μαστό είναι σημαντικό να αναφέρεται άμεσα στον γιατρό. Ακόμη και μια μικρή καθυστέρηση στη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στη διήθηση του γύρω μαστού και σε μετάσταση σε άλλα σημεία του

σώματος. Για αυτό το λόγο πρέπει να γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις, και ειδικά στις περιπτώσεις που η γυναίκα έχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Μιας και υπάρχει όγκος, γίνονται διάφορες τεχνικές ώστε να διαφανεί αν είναι καλοήθης ή κακοήθης ο καρκίνος του μαστού.

Αυτές οι τεχνικές αφορούν:

2.7.1. Ιστολογική βιοψία με βελόνι

Η βιοψία αυτή είναι παρόμοια με την FNA, αλλά σε αυτήν το βελόνι είναι μεγαλύτερης διαμέτρου και πρέπει οπωσδήποτε στον ασθενή να χορηγηθεί τοπική αναισθησία αφού θα επέλθει μικρή τομή. Η διαφορά με την κυτταρολογική βιοψία συνιστάται στο ότι το υλικό που μελέτα ο παθολογοανατόμος είναι ιστολογικό (Osborn et al., 2016).

2.7.2. Στερεοτακτική βιοψία

Σε αυτή τη βιοψία, η λήψη του ιστολογικού επιτυγχάνεται μέσα από τη βοήθεια και την καθοδήγηση ειδικών μηχανημάτων, τα οποία κάνουν σίγουρη και επιτυχή την αφαίρεση υλικού από την ύποπτη περιοχή και αυτό συμβαίνει κυρίως όταν η βλάβη του μαστού δεν είναι εφικτό να ανιχνευτεί από τη ψηλάφηση (Osborn et al., 2016).

2.7.3. Κυτταρολογική βιοψία

Αυτό το είδος βιοψίας γίνεται με τη χρήση λεπτής βελόνας, η οποία προσαρμόζεται στο επιθυμητό σημείο μέσω σύριγγας και με τη σειρά της, γίνεται επιτυχή η αναρρόφηση κυττάρων από την ύποπτη περιοχή του μαστού (Osborn et al., 2016).

2.7.4. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία

Σε κάποιες περιπτώσεις, για να επιτευχθεί ταυτοποίηση της φύσης της ύποπτης περιοχής, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί χειρουργική αφαίρεση. Μια βιοψία δηλαδή θα δώσει την απάντηση στο αν ο καρκίνος είναι καλοήθης ή κακοήθης ή θα καταφέρει μόνιμη ιστολογική εξέταση όπου η απάντηση σε αυτό θα δοθεί σε ορισμένο χρονικό διάστημα (Osborn et al., 2016).

2.8.Ιστορικό υγείας ασθενούς

Είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται το ιστορικό υγείας του κάθε ασθενή ειδικά όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού, όπου το ιστορικό έχει σημαντικό ρόλο. Το γενικό ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει το οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου του μαστού κυρίως σε πρώτου βαθμού συγγενείς όπως είναι η μητέρα, η αδερφή και η κόρη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν υπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες που επιβαρύνουν την κατάσταση όπως η προεμμηνοπαυσιακή εμφάνιση αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού σε συγγενή που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, να έχουν διασαφηνιστεί από την αρχή (Runge, Greganti, M., 2015).

Η ηλικία επίσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου με ποσοστό του πληθυσμού της στο 70% να αφορά γυναίκες άνω των 50 ετών. Η ύπαρξη όγκου, η μεταβολή της θηλής, η έκκριση από τη θηλή που μπορεί να είναι και αιματηρή, γαλακτώδης, ορώδης, πυώδης ή κίτρινη και να επικρατεί επίμονος πόνος ή άλλο δυσάρεστο αίσθημα στο σημείο του μαστού αφορούν κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη και να συμπεριλαμβάνονται οπωσδήποτε στο ιστορικό υγείας (Runge, Greganti, M., 2015).

Έπειτα, λαμβάνεται γυναικολογικό ιστορικό που συμπεριλαμβάνει και την ηλικία της έναρξης και πέρατος της περιόδου και την ημερομηνία της τελευταίας έμμηνου ρύσης. Στην περίπτωση που η ασθενής έχει τεκνοποιήσει λαμβάνεται ύψη και η ηλικία της πρώτης τελειόμηνης κύησης και αν θήλασε για πόσο χρονικό διάστημα το έκανε. Πιθανή ακτινοβολήση στο παρελθόν της περιοχής του θώρακα και προηγούμενες παθήσεις στο μαστό όπως είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια, πρέπει να ληφθούν στο ιστορικό του ασθενούς. Συμπτώματα όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, δύσπνοια, βήχας, οστικοί πόνοι πρέπει επίσης να αναφέρονται (Runge, Greganti, M., 2015).

2.9. Κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί υπό τη ψηλάφηση ή υπό τη μορφή μη ψηλαφητής μαστογραφικής αλλοίωσης, όπου χρειάζεται βιοψία έπειτα από τον εντοπισμό του, με βελόνι ή στερετακτική βιοψία για περαιτέρω διάγνωση. Ακόμη, μπορεί να εμφανιστεί ψηλαφητός όγκος ο οποίος είναι ανώδυνος, σκληρός, ανώμαλος και ακίνητος που είναι άλλοτε πολυεστιακός ή αμφοτερόπλευρος. Αλλοιώσεις του δέρματος όπως είναι η εισολκή του δέρματος ή της θηλής, το ερύθημα, η θερμότητα, το οίδημα, η εξέλκωση, το έκζεμα, η διάβρωση της θηλής, μπορούν και πάλι να υποδηλώσουν καρκίνο του μαστού (Runge, Greganti, M., 2015).



Πολλές φορές παρατηρείται έκκριμα από τη θηλή το οποίο μπορεί να είναι αιματηρό και αυτό οφείλεται σε θήλωμα των θαλακτοφόρων πόρων, όμως πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη διηθητικού θηλώδους καρκινώματος. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, μπορούμε να παρατηρήσουμε μεταστατική επέκταση συνήθως σε όργανα όπως είναι οι πνεύμονες τα οστά, ο εγκέφαλος, το ήπαρ και οι λεμφανένες (Κόνιαρη, 1998). Πιο σπάνιο μπορεί να εμφανιστεί με αιματηρή ρύση από τη θηλή, εισόλκη θηλή ή δέρματος, οιδηματώδη εικόνα του δέρματος του μαστού ή και διόγκωση της μασχάλης (Runge, Greganti, M., 2015).

Η φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού περιέχει τις περισσότερες φορές μια φάση όπου δημιουργείται ένας όγκος στο μαστό που αυξάνει τοπικά, μια δεύτερη φάση σε άλλο χρονικό διάστημα, όπου η νόσος έχει επεκταθεί σε σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έπειτα, σε επόμενη φάση, υπάρχουν μεταστάσεις και έτσι η νόσος είναι πια συστηματική. Έτσι, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται μια υπερπροσπάθεια για την ανίχνευση του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, όταν γίνει ή όχι αντιληπτός ο όγκος, γιατί έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι η αναχαίτιση της πορείας του καρκίνου τείνει να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν η πρόγνωση είναι ευνοϊκή (Φύσσας, 2006).

2.10. Πρόγνωση

Όταν μιλάμε για τον καρκίνο του μαστού, πρόκειται για μια νόσο όπου μπορεί να περιλαμβάνει κακοήθειες διαφορετικής αρχής που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις θεραπείες, τους ενδογενείς παράγοντες όπως είναι το γενετικό υπόβαθρο και από παράγοντες όπως το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής (Μπουτού, 2015).

Η παθολογική ανατομική εξέταση, ταξινομεί τον καρκίνο σύμφωνα με μορφολογικά χαρακτηριστικά όμως όλο και περισσότερο διαφαίνεται ότι με τη γενική αυτή μορφολογία εκδηλώνονται κακοήθειες διαφορετικών κλινικών χαρακτηριστικών και διαφορετικής βιολογικής συμπεριφοράς πορείες. Για να εκτιμηθεί η πρόγνωσή του,

στην κλινική πράξη, χρησιμοποιούνται στοιχεία όπως το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, η έκταση της λεμφαδενικής διασποράς, ο ιστολογικός τύπος, η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων, η έκφραση του γονιδίου HER2, ο ρυθμός του κυτταρικού πολλαπλασιασμού, η ηλικία, η κατάσταση εμμηνόπαυσης και η γενική υγεία του κάθε ασθενούς (Μπουτού, 2015).

Στις μέρες μας έχουν αναπτυχθεί ειδικές γονιδιακές εξετάσεις που διερευνούν το γενετικό υπόβαθρο του όγκου και τείνουν να προβλέπουν την επιθετικότητα του όγκου πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση, ώστε να προσαρμοστεί η θεραπεία στις ανάγκες της ασθενούς, ειδικά σε περίπτωση αρχόμενου καρκίνου. Σε συνδυασμό με προγνωστικούς παράγοντες διαμορφώνεται τελικά το πλάνο θεραπειών με απώτερο σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής, τον περιορισμό των επιπλοκών αλλά με το δυνατότερο όφελος στην επιβίωση έπειτα από τη νόσο (Μπουτού, 2015).

2.11. Πρόληψη

Η σωστότερη πρόληψη είναι ένας υγιής τρόπος ζωής που περιέχει άσκηση και σωστή διατροφή πλούσια σε αντιοξειδωτικά και φυτοοιστρογόνα, όπως είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και τα προϊόντα σόγιας που μπορούν να προστατεύσουν από την ανάπτυξη αρκετών μορφών καρκίνου. Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Γυναικολόγων και Μαιευτήρων, προτείνεται η μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού και η συστηματική προγραμματισμένη μαστογραφία έπειτα από τα 40 έτη ζωής. Σήμερα το φάρμακο Ταμοξιφαίνη χρησιμοποιείται για να προστατεύσει από επαναλαμβανόμενο καρκίνο του μαστού, όμως δε χρησιμοποιείται ως γενική προφυλακτική αγωγή σε γυναίκες με παράγοντες κινδύνου λόγω των πιθανών παρενεργειών όπως είναι ο αυξημένος οστικός πόνος, η φωτοευαισθησία, η κεφαλαλγία και ο αυξημένος κίνδυνος πνευμονικής εμβολής ή κακοηθειών της

μήτρας. Το φάρμακο ραλοξιφαίνη είναι εγκεκριμένο από τον FDA για την πρόληψη της οστεοπόρωσης σε γυναίκες έπειτα από την έμμηνο τους ρύση και πρόσφατα ανακαλύφθηκε ότι παίζει σημαντικό ρόλο και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Φύσσας, 2006).



Κάποιες γυναίκες που έχουν γνωστή φορεία του γονιδίου BRCA1 & 2, μπορούν να υποβάλλονται σε αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις και η επίδραση στην εικόνα του σώματος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να υπολογίζονται σε σχέση με τα πιθανά προφυλακτικά οφέλη. Η απόφαση λαμβάνεται από τη γυναίκα σε συνεργασία με τον επαγγελματία υγείας (Μπουτού, 2015).

2.12. Θεραπεία

Οι θεραπευτικές επιλογές βασίζονται στον τύπο του καρκίνου του μαστού, στο στάδιο της πάθησης, στην ηλικία των ασθενών, στην κατάσταση υγείας ή αν υπάρχει εμμηνόπαυση και σε πολλούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα της γυναίκας να υποβληθεί σε μια σωστή θεραπεία, όπως πολύ σημαντική είναι η ψυχολογική κατάσταση όπου βρίσκεται. Η αρχική θεραπεία είναι συνήθως η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και των γύρω ιστών. Υπάρχουν αρκετοί τύποι

χειρουργικής επέμβασης όπου είναι η ογκεκτομή δηλαδή η αφαίρεση του όγκου, η τμηματική μαστεκτομή όπου γίνεται τομή του όγκου και μέρους του μαστού και των μασχαλιαίων λεμφαδένων, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όπου γίνεται αφαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων αδένων και των μυών του θωρακικού τοιχώματος γύρω από τον μαστό και η ριζική μαστεκτομή. Μετά την χειρουργική επέμβαση οι περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν επιπλέον θεραπεία όπως ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Σκοπός μετά το χειρουργείο είναι να καταστραφούν τα κακοήθη κύτταρα όπου έχουν απομείνει μετά από την χειρουργική επέμβαση (Καραφώτη, Κάρελα, 2016).

2.12.1. Ορμονοθεραπεία

Κατά την ορμονοθεραπεία, χορηγείται ταμοξιφαίνη που αναστέλλει τη δράση των οιστρογόνων με το να συνδέεται με τους υποδοχείς τους. Το φάρμακο αυτό χορηγείται περίπου για πέντε έτη μετά από την χειρουργική επέμβαση. Η ναυτία και η ανορεξία μπορεί να είναι συμπτώματά που πιθανόν να εμφανιστούν και πρέπει να παρακολουθούνται τα επίπεδα χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων (Καραφώτη, Κάρελα, 2016).

2.12.2. Χημειοθεραπεία

Κυτταροστατικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν τη μικροσκοπική επικλινή επέκταση της νόσου, ακόμη και σε διηθητικό καρκίνου αρχικού σταδίου. Η θεραπεία σε αυτή την περίπτωση ονομάζεται επικουρική αφού επικουρεί δηλαδή έπεται και βοηθά την κύρια χειρουργική θεραπεία αφού καταφέρνει να επιτυγχάνει μεγαλύτερο διάστημα ελεύθερο νόσο και βελτιωμένη πρόγνωση για την ασθενή. Σήμερα χρησιμοποιούνται οι ανθρακυκλίνες και οι ταξάνες (Δήμου, 2021).

2.12.3. Ακτινοθεραπεία

Συνιστάται σε κάθε περίπτωση χειρουργείου διατήρησης μαστού για διηθητική νόσο και κάποιες περιπτώσεις DCIS, καθώς και μετά από μαστεκτομή σε περίπτωση προχωρημένης νόσου ή παρηγορητικά σε περίπτωση ανεγχείρητου τοπικά προχωρημένου όγκου (Γομπάκη, 2008).

2.12.4. Χειρουργική αποκατάσταση μαστών

Η πλαστική χειρουργική του μαστού μπορεί να πραγματοποιηθεί για τη μείωση του μεγέθους των μαστών όπως Μαστοπλαστική μείωση μεγέθους, Μαστοπλαστική αύξηση μεγέθους ή αποκατάσταση του μαστού μετά από επέμβαση καρκίνου του μαστού (Γομπάκη, 2008).

2.12.5. Μαστοπλαστική μείωση μεγέθους

Μέσα στα προβλήματα που σχετίζονται με το μέγεθος του μαστού είναι ο πόνος στην πλάτη, στον ώμο, η πίεση των νεύρων από τις τιράντες των στηθόδεσμων, η αδυναμία εύρεσης ενδυμάτων που να ταιριάζουν στο μέγεθος και άλλα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με το φόβο της κοροϊδίας ή έλλειψης σεξουαλικής έλξης.

Μπορεί να είναι απαραίτητα η μαστογραφία πριν από τη χειρουργική επέμβαση σε γυναίκες μεγαλύτερες από 40 χρονών. Το μέγεθος της ουλής θα πρέπει να συζητείται με τη γυναίκα αφού καθορίζεται από την τεχνική που θα εφαρμοστεί κάθε φορά. Α και τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χειρουργική μείωσης μαστού, δεν επιδρά στον επιτυχή θηλασμό γιατί η παραγωγή γάλακτος επηρεάζεται (Spectorandkarp, 2005). Η μειωμένη αίσθηση στη θηλή ή η απώλεια μέρους της

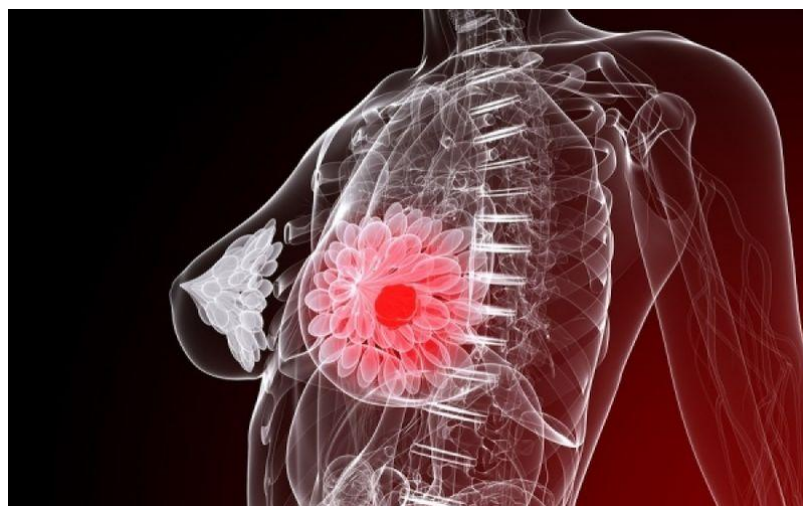
θηλαίας μπορεί να είναι επιπλοκή της επέμβασης και η γυναίκα πρέπει να είναι προετοιμασμένη.

2.12.6. Μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους

Η αύξηση του μεγέθους του μαστού συχνά γίνεται στη γυναίκα που θέλει να βελτιώσει την εικόνα του σώματός της και να αυξήσει το αίσθημα της θηλυκότητας. Η Μαστοπλαστική αύξησης μεγέθους γίνεται με την εισαγωγή ενός αλατούχου εμφυτεύματος κάτω από το θωρακικό μυ.

2.12.7. Μαστοπλαστική αποκατάστασης

Η εγχείρηση αυτή δημιουργεί ένα νέο μαστό όπου ο φυσιολογικός ιστός αφαιρείται κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η επαναδημιουργία της θηλής παρέχει πιο φυσιολογική εμφάνιση. Μπορούν να χρησιμοποιούνται εμφυτεύματα με φυσιολογικό ορό ή ιστό και δέρμα που μπορούν να ληφθούν από άλλα σημεία του σώματος και έτσι να δημιουργηθεί θηλή με τατουάζ έτσι ώστε να γίνει φυσιολογική εικόνα του μαστού (Γολεμάτης, 2006).



2.13. Αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση μαστών είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού είναι μια από τις βασικότερες μεθόδους για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού που είναι πολύ εύκολη και γρήγορη διαδικασία. Η αυτοεξέταση μπορεί να προλάβει τον καρκίνο του μαστού στα πρώτα στάδια αφού εντοπίζει πιθανούς όγκους μικρούς ή αλλοιώσεις των μαστών. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται έστω μια φορά το μήνα από όλες τις γυναίκες. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι το 45% των γυναικών που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού, ήταν μετά από αυτοεξέταση (Γομπάκη, 2008).

Μπροστά από τον καθρέφτη

Τοποθετούμε τα χέρια σας στο ύψος του ισχίου και γυρίζουμε λίγο προς τον καθρέφτη, σπρώχνοντας τους αγκώνες και τους ώμους μπροστά. Στη συνέχεια υψώνουμε τα χέρια ψηλά και μπροστά. Παρατηρούμε το χρώμα των μαστών, το μέγεθος, το περίγραμμα, αν υπάρχει οίδημα ή αλλαγές και εκκρίματα από τις θηλές. Ακολούθως τοποθετούμε τις παλάμες στους γοφούς και πιέζουμε σταθερά για να κάμψεις τους μύες στο στήθος.



Στο ντουζ

Με τη βοήθεια των άκρων των δακτύλων ψηλαφίζουμε την περιοχή και των δυο μαστών με κυκλικές κινήσεις από έξω προς τα μέσα ελέγχοντας όλη τη περιοχή μέχρι τη μασχάλη.



Ξαπλώνοντας

Όταν είμαστε ξαπλωμένοι οι μαστοί γίνονται πιο επίπεδοι και εξαπλώνονται καλύτερα στο θωρακικό τοίχωμα. Βάζοντας ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι και το ένα χέρι πίσω από το κεφάλι αρχίζουμε ξανά την εξέταση του μαστού όπως ποιό πάνω πρώτα από τον ένα μαστό και στη συνέχεια τον άλλο μαστό κάνοντας κυκλικές κινήσεις καλύπτοντας όλη τη περιοχή του στήθους αλλά και της μασχάλης. Ελέγχουμε για τυχόν μικρών όγκων και για εκκρίματα από τις θηλές πιέζοντας τες.



2.14. Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού σε άλλα όργανα

Πολλά άτομα που βρίσκονται στο διηθητικό στάδιο καρκίνου του μαστού, που αφορά το τέταρτο στάδιο, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που είχε ληφθεί, έκαναν μετάσταση και σε άλλα όργανα του σώματος όπως είναι τα οστά, ο εγκέφαλος, το συκώτι και τους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, διότι τα καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν στα διπλανά υγιή κύτταρα μέσα από το λεμφικό σύστημα και εξαπλώνονται μέσα από το κυκλοφορικό σύστημα και σε άλλα όργανα του σώματος έτσι ώστε να αναπτύσσονται μικροί όγκοι (Dewit, 2009).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Κεφάλαιο 3

3.1.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτές λόγω του επαγγέλματός τους, αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις σχετικά με την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα μέτρα πρόληψης και τις αλλαγές του τρόπου ζωής που πρέπει να γίνουν για τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού. Την ίδια στιγμή διαβεβαιώνουν τους ασθενείς με καρκίνο ότι δεν είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για τη νόσο τους. Όταν γίνει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, οι νοσηλευτές φέρουν την ευθύνη να βοηθήσουν τους ασθενείς τόσο να αναρρώσουν όσο και να τους υποστηρίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της αποκατάστασης. Όταν πρόκειται για ασθενείς τελευταίου σταδίου, οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που θα αποδώσουν ανακούφιση και διευκόλυνση της αποδοχής της κατάστασής του τόσο από τον ασθενή όσο και από τους συγγενείς του (Guyton, 2004).

Οι στόχοι της νοσηλευτικής εστιάζονται στην υποστήριξη του ατόμου ως ολότητας και στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων όπως ο πόνος, η πτωχή θρέψη, η αφυδάτωση, η κόπωση, οι μη φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις, η αναποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης από το άτομο και την οικογένεια και οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στη βελτίωση ποιότητας ζωής, διευκολύνοντας την αποκατάσταση των

ατόμων που επιβιώνουν από τον καρκίνο και βοηθώντας αυτούς που καταλήγουν από τη νόσο να διατηρούν την αξιοπρέπεια τους μέχρι το τέλος (Κόνιαρη, 1991).

Ο κύριος στόχος οποιασδήποτε νοσηλευτικής θεραπευτικής παρέμβασης είναι η βελτίωση όσο το δυνατόν και αν είναι εφικτό της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και της οικογένειας του, μέσω των νοσηλευτικών ανακουφιστικών παρεμβάσεων από τον καρκίνο του μαστού και από τα δυσμενή συμπτώματα όπως είναι ο πόνος και η δυσχέρεια. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι κοινωνικές, οι ψυχολογικές και οι πνευματικές παράμετροι της νόσου του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού εκτός από τους νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά ο ασθενής, η οικογένεια του, οι ιατροί αλλά και διάφοροι άλλοι επαγγελματίες υγείας καθώς επίσης και οι θρησκευτικοί λειτουργοί (Runge&Greganti, 2009).

3.2.Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη

Η έννοια της πρόληψης υπάρχει σε κάθε νοσηλευτικό προσανατολισμό, σε κάθε νοσηλευτική πράξη και σε οποιοδήποτε άλλο τομέα κι αν εφαρμόζεται, αν και ορισμένες φορές δεν γίνεται απόλυτα αισθητή. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που συμμετέχει στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού μέσω της επισήμανσης και της προσπάθειάς του να αποφευχθούν και να απομακρυνθούν τα υπεύθυνα καρκινογόνα χαρακτηριστικά και παράγοντες και μέσα από τη συμμετοχή του σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου που οργανώνονται από τις αντικαρκινικές εταιρίες, αλλά και μέσω από εξειδικευμένα προληπτικά προγράμματα που ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού και όχι μόνο (Κόνιαρη, 1991).

Στην αρχή, οι νοσηλευτές οφείλουν να συλλέξουν πληροφορίες για τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού, δηλαδή πληροφορίες που αφορούν το οικογενειακό τους ιστορικό όπως το από πού κατάγεται ο ασθενής, το σωματικό του

βάρους, η λήψη αλκοόλ ή χαπιών, αν καπνίζει και πόσο κτλ. Έπειτα από αυτό, τίθενται οι κατάλληλες προγνωστικές εξετάσεις (Κόνιαρη, 1991). Ακόμη και οι ίδιοι οι νοσηλευτές πρέπει να ασχολούνται με τις διάφορες δραστηριότητες που σχετίζονται με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Τέτοιου είδους δραστηριότητες, σχετίζονται με την αξιολόγηση του αρρώστου και της οικογένειας που έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο, και γίνεται η ενημέρωσή τους ώστε να υπάρχει δυνατότητα προγνωστικού έλεγχου, εκτίμηση κινδύνου αλλά και ενθάρρυνση συστηματικής επανεξέτασης όσων τίθενται σε κίνδυνο (Μπούτης, 1999).

3.3.Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου

Η προετοιμασία των ασθενών για τις διαγνωστικές εξετάσεις και η αναμονή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, μπορούν να δημιουργήσουν πολύ μεγάλο άγχος στους ασθενείς. Οι ασθενείς ανησυχούν και αναρωτιούνται για το εάν πάσχουν από μια απειλητική για τη ζωή τους νόσο ή από κάποια νόσο που προφανώς θα την επηρεάσει σοβαρά. Ο ασθενής έχει αρκετά ερωτήματα μέχρι να βγουν οι διαγνωστικές εξετάσεις όπως εάν έχει καρκίνο, εάν ναι τι είδους και πόσο σοβαρό είναι, εάν έχει κάνει μετάσταση ή εάν θα ζήσει. Ο νοσηλευτής παίζει καταλυτικό ρόλο σε αυτή τη δύσκολη στιγμή γιατί μπορεί να προσφέρει σημαντική υποστήριξη. Ο νοσηλευτής, θα προσπαθήσει μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο να τους κάνει να διατηρήσουν την αίσθηση του ελέγχου της κατάστασης με το να τους κάνει να μοιραστούν τις εμπειρίες τους ρωτώντας τους αν γνωρίζουν σχετικά με αυτά που πρόκειται να συμβούν. Έτσι, καθώς αρχίζουν να αισθάνονται πιο άνετα με τον νοσηλευτή, αρχίζουν να εκφράζουν τους φόβους τους, τις ανησυχίες και ότι άλλα συναισθήματα νιώθουν. Ο νοσηλευτής με τη σειρά του, δεν πρέπει να είναι επικριτικός και θα πρέπει να ακούει προσεκτικά τον ασθενή σε αυτά που του λέει, να του δίνει πληροφορίες και να τον υποστηρίζει κι ακόμα, να δημιουργεί μία ήρεμη και

ζεστή ατμόσφαιρα ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή με μη λεκτικούς τρόπους. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής μπορεί να καταφέρει να διώξει τον φόβο και την ένταση που υπάρχει. Επίσης, η επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενή καθώς και η υποστήριξη τους είναι σημαντική. Οι κοντινοί άνθρωποι του ασθενή είναι φοβισμένοι και ανήσυχοι και ας δείχνουν δυνατοί μπροστά του. Έτσι, για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις ο νοσηλευτής είναι κοντά στην οικογένεια (Μπούτης, 1999).

3.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις καρκινοπαθούς σε αγχωτικές καταστάσεις

Το άγχος μπορεί να αναδυθεί αφού πραγματοποιηθεί η διάγνωση και κατά τη διάρκεια ακόμα της αρχικής θεραπείας. Ακόμη, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορεί να παρουσιαστεί ως αποτέλεσμα δυνητικής μεταβολής της κατάστασης της υγείας του ασθενή. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις που μπορεί να παρουσιάσει άγχος επειδή θα πονέσει και λόγω του ότι φοβάται ότι θα πεθάνει. Έτσι, ο ασθενής πιθανόν να εμφανίσει σημεία άγχους τα οποία είναι εμφανή όπως ανησυχία, ευερεθιστότητα, τρόμο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία, έντονη εφίδρωση, αϋπνία κ.α. Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να αξιολογήσει το επίπεδο άγχους του ασθενή που πάσχει από καρκίνο πνεύμονα. Στην περίπτωση που ο ασθενής μετατοπίζεται σε κατάσταση πανικού τότε είναι κατάλληλη η ιατρική παρέμβαση με τα κατάλληλα φάρμακα. Στην περίπτωση που είναι μέτριο ή έντονο το άγχος του, τότε ο νοσηλευτής συζητά μαζί του και τον διδάσκει πώς να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που θα προκύψουν. Έπειτα, θα ήταν σωστό να δημιουργήσει ένα «ζεστό» κλίμα μεταξύ τους και να μην είναι επικριτικός μαζί του ώστε να μπορεί ο ασθενής να νιώθει ασφάλεια. Ο νοσηλευτής με αυτό τον τρόπο θα προσπαθήσει να κάνει τον ασθενή να του ανοιχτεί και να του λέει τι νιώθει και τι σκέφτεται έτσι ώστε να είναι σε θέση να τον εμπιστευτεί για να μπορέσει με τη σειρά του να τον βοηθήσει εφόσον θα είναι

ελικρινής μαζί του. Ακόμη, θα ήταν καλό να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα του και να μην ντρέπεται, επειδή, με το να εκφράζει τα συναισθήματα του νιώθει καλά μέσα του ο ίδιος ο ασθενής κι αυτό είναι εξίσου θεραπευτικό για εκείνον. Επίσης, ακόμη μια αρμοδιότητα του νοσηλευτή, είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου, τη νόσο, και του τι θα πρέπει να περιμένει ο ασθενής, ιδιαίτερα όταν δεν είναι καλά πληροφορημένος καθώς είναι προτιμότερο να γνωρίζει ο ασθενής τι πρόκειται να συμβεί, ώστε να έχει καλύτερο έλεγχο της κατάστασης και να μπορεί να αντιμετωπίσει πιο εύκολα το άγχος του (Τσούσκας, 2004).

3.5. Η οικογένεια του ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Η οικογένεια του ασθενή διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική του κατάσταση και πρέπει και αυτή να τύχει βοήθειας από τους θεραπευτές, ώστε να ξεπεράσει τα όποια προβλήματα και φοβίες προκύψουν. Η οικογένεια του πάσχοντα, θα πρέπει να μιλήσει για τα δικά της συναισθήματα, για το τι νιώθουν, να ανοιχτούν ευρύτερα, έτσι ώστε να είναι ενεργητικοί και εμπνευστικοί στον άνθρωπο που τους έχει ανάγκη. Αυτό συμβαίνει, γιατί πολλές φορές και η ίδια η οικογένεια περνάει στάδια ψυχικών αντιδράσεων όπως και ο ασθενής, και θα πρέπει να βγάλουν από το μυαλό τους ότι έχουν να κάνουν με έναν ετοιμοθάνατο διότι ο ασθενής το καταλαβαίνει και απογοητεύεται. Σε πολλές περιπτώσεις έπειτα από την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και εφόσον είναι καλά, οι συγγενείς του τον λυπούνται και τον θεωρούν ετοιμοθάνατο. Η επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης των συγγενών συνδέεται με τη φροντίδα του ασθενή, όπως είναι η κατάθλιψη



καθώς και η έντονη ανησυχία. Έτσι, κάποια από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγγενείς είναι τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας, η αυξημένη ένταση καθώς και το άγχος. Κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά της επιβάρυνσης είναι το έντονο άγχος και η ανησυχία που βιώνει η οικογένεια των ασθενών.

3.6. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Οι περισσότερες των γυναικών, χρειάζονται εντατική εκπαίδευση και φροντίδα πριν από την χειρουργική επέμβαση. Πολλοί είναι οι χειρουργοί, στα παροντικά χρόνια που παρέχουν προγράμματα εκπαίδευσης για του ασθενείς που αντιμετωπίζουν τη νόσο του καρκίνου αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι νοσηλευτές να προσδιορίσουν αν πραγματικά ο κάθε ασθενής έχει λάβει αρκετές πληροφορίες και έχει πληροφορηθεί και έχει κατανοήσει πλήρως όλα όσα έχει διδαχθεί. Έτσι, θα πρέπει οι ίδιοι οι νοσηλευτές σε συνεργασία με τους γιατρούς, να δημιουργούν ένα κλίμα ζεστό, όπου θα υπάρχει εμπιστοσύνη και κατανόηση μεταξύ ασθενή ιατρού και νοσηλευτή. Οι γυναίκες τείνουν να ανησυχούν συχνά για τις αλλαγές στο σώμα τους έπειτα από μια χειρουργική επέμβαση ιδιαίτερα στο μαστό. Η συζήτηση με ένα νοσηλευτή και η επαγγελματική του εμπειρία είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού χρειάζεται για να κάνει τον ασθενή να νιώσει οικεία πριν από το χειρουργείο, κάνοντας τον κάθε ασθενή να νιώθει καλά να εκφράσει συναισθήματα και τυχόν προβληματισμούς. Έτσι, η ασθενής θα είναι περισσότερο αισιόδοξη για την επιτυχία της επέμβασης.

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής της ασθενούς στο νοσοκομείο, θα πρέπει να γίνει προετοιμασία της από την προηγούμενη μέρα για προ – εγχειρητική φροντίδα, αφού

πρέπει να ληφθεί αίμα και διασταύρωση, πρέπει να ελεγχθεί η νεφρική λειτουργία και η μέτρηση του σακχάρου και πρέπει να γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα. Έπειτα, θα πρέπει να εκκενωθεί το έντερο της ασθενούς και να ληφθούν ελαφριά γεύματα το βράδυ αλλά και να χορηγηθεί κάποιο χαλαρωτικό έπειτα φυσικά από ιατρική οδηγία ώστε να βοηθήσει την ασθενή να κάνει πιο ήρεμο ύπνο. Επιβάλλεται το λούσιμο και η καθαριότητα της περιοχής που θα γίνει η επέμβαση (Lemone, 2006).

3.7.Προετοιμασία πριν το χειρουργείο

Σίγουρα, υπάρχουν κάποια βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν ώστε να γίνει σωστή προετοιμασία της ασθενούς πριν από το χειρουργείο. Αρχικά, θα πρέπει να ληφθεί η αρτηριακή πίεση οξυγόνου και η θερμοκρασία της ασθενούς. Έπειτα, χορηγείται προ-νάρκωση έπειτα από τις οδηγίες του Αναισθησιολόγου. Δίνεται η ειδική ενδυμασία χειρουργείου με ρόμπα, παπούτσια και σκουφάκι ειδικά για το χειρουργικό χώρο. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής μεταφέρει τον ασθενή με ειδικό φορείο στο χειρουργείο. Πραγματοποιείται επικοινωνία με τους συγγενείς, αφού τους δίνονται οδηγίες για το εξής χειρουργείο και για ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος, αφαιρούνται τα ξένα σώματα όπως σκουλαρίκια, βραχιόλια, κολιέ αν υπάρχουν καθώς και τεχνητή οδοντοστοιχία ώστε να μην καταπωθεί λόγω της χαλαρωτικής κατάστασης του σώματος (Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

3.8.Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τη διαχείριση του πόνου, την παρακολούθηση για σημεία φλεγμονής και τη συνέχιση των υποστηρικτικών και εκπαιδευτικών μέσων.

3.8.1. Σημεία μετεγχειρητικής φροντίδας

Επειδή ο μαστικός αδένας έχει πολλά αγγεία η αιμορραγία μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα γι' αυτό ελέγχουμε συνεχώς την επίδεση του χειρουργικού τραύματος ειδικά τις πρώτες 48 ώρες. Έπειτα, γίνεται η χορήγηση φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία και εκτελείται έλεγχος ισοζυγίου. Εκτελείται παραλαβή και τοποθέτηση της ασθενούς σε ύπτια θέση, μέχρι να συνέλθει από την νάρκωση και κατόπιν ημι-καθιστή για την διευκόλυνση καλής αναπνοής και οξυγόνωσης των πνευμόνων. Ακολουθώς γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή τους. Τέλος, πραγματοποιείται σύσταση για βαθιές αναπνοές για την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και διευκόλυνση της κινητοποίησης του εντέρου (McGeown, 2008).

Έπειτα από τις πρώτες 24 ώρες, οι οροί αφαιρούνται και αρχίζει κανονικά να τρέφεται η ασθενής και έτσι χρειάζεται βοήθεια ώστε να καταναλώνει την τροφή τους αφού θα αισθάνεται αδυναμία στο ένα χέρι και δε θα μπορεί να εξυπηρετηθεί μόνο με το άλλο χέρι. Τις περισσότερες φορές η αϋπνία είναι ένα δύσκολο πρόβλημα κυρίως λόγω του πόνου αλλά και η ψυχολογική υπερένταση πάντα υπάρχει. Για αυτό το λόγο οι νοσηλευτές, χρησιμοποιούν όλα τα γνωστά μέσα για να πραγματοποιήσουν και να δημιουργήσουν ευνοϊκές προϋποθέσεις ύπνου όπως είναι η ελάττωση των θορύβων, του φωτός, η αναπαυτική θέση και η τακτοποίηση των μαξιλαριών. Επίσης, δίνεται και παυσίπονο αν πονάει πάντα όμως με την άδεια του ιατρού. Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει η οικογενειακή υποστήριξη και αι αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει επικοινωνία με τους συγγενείς και να τους δίνει οδηγίες ώστε να μην δίνουν πολλή έμφαση στην τοπική περιοχή της μαστεκτομής. Αυτό γίνεται γιατί επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογία της ασθενούς. Ακόμη περισσότερο σημαντικό για

την ασθενή είναι η υποστήριξη που θα έχει από τον σύζυγο της γι αυτό πρέπει να γίνεται έγκαιρη πληροφόρηση (Παπανικολάου, 1995).

3.9.Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία της νόσου

Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων και εκτίμηση των δεικτών αίματος και ούρων. Ακολουθεί λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος των ζωτικών σημείων. Επίσης, για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειο-θεραπευτικών, το προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα της συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό σοκ τα απαραίτητα φάρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο και τα αντίδοτα αυτών (Πινακίδης, 1993).

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος ώστε να ενημερώνει την ασθενή για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλούνται από τη θεραπεία και τη διαβεβαιώνει ότι η ύπαρξη αυτών δεν σημαίνει ότι η θεραπεία έχει αποτύχει. Έπειτα, πρέπει να εντοπίσει τον πόνο και να τον καταπολεμά είτε με αναλγητικά είτε με αντιστεροειδή φάρμακα έπειτα από ιατρική οδηγία. Τέλος, οφείλει να ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπρ-ασθεσταιμίας και πώς αυτά αντιμετωπίζονται (Τζωρακολευθεράκης, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Κεφάλαιο 4

4.1. Νοσηλευτικές διεργασίες σε περιστατικά

4.2. Περιστατικό 1

Η ασθενής είναι γυναίκα ηλικίας 60 ετών που είναι χωρισμένη και έχει εισήχθη στη Β' Χειρουργική Κλινική στο Νοσοκομείο Αγίου Ανδρέα έπειτα από την εμφάνιση όγκου μεγαλύτερου από 5 εκατοστά στο δεξιό της μαστό. Η ασθενής παρουσίαση αιμορραγία στις θηλές, πόνο στο στήθος, ερυθρότητα του δέρματος καθώς και σκλήρυνση της περιοχής του μαστού. Έπειτα από τις διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες ήταν αιματολογικές, βιοχημικές, καρδιογράφημα, αξονική τομογραφία, ο γιατρός είχε ενημερώσει την ασθενή για άμεσο χειρουργείο. Κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού, από τον εφημερεύοντα ιατρό, είχε παρατηρηθεί κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού αφού και η μητέρα της ασθενούς είχε αποβιώσει από καρκίνο του μαστού. Την ίδια στιγμή, καταλήγουμε στο ότι η ασθενής είναι βαριά καπνίστρια και έχει τάση στην κατάχρηση αλκοόλης. Έπειτα από το χειρουργείο η ασθενής παρουσιάζει ανησυχία και πόνο.

Στη θεραπευτική αγωγή ο γιατρός ακολουθεί την ενυδάτωση και τη θρέψη της ασθενούς, συστήνει και πραγματοποιεί χορήγηση παυσίπων. Έπειτα, ελέγχει το τραύμα και την παροχέτευση. Εκτελούνται διάφορες αναπνευστικές ασκήσεις. Συστήνεται και αρχίζει κινησιοθεραπεία, την ίδια στιγμή που πραγματοποιείται

ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές και φυσικά και από τα συγγενικά πρόσωπα.

4.2.1. Νοσηλευτική διεργασία πινάκας 1

<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- ΑΝΑΓΚΕΣ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>	<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</i>	<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</i>	<i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>
Πόνος χειρουργικού τραύματος.	- Να ανακουφιστεί ο ασθενής απο τον πόνο	- Να εξασφαλισθεί ήσυχο και άνετο περιβάλλον - Να δοθεί ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι - Να χορηγηθούν παυσίπονα με Ι.Ο - Να υποστηριχθεί ο σωλήνας παροχέτευσης	-Εξασφαλίστηκε ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον -Δόθηκε ημικαθιστή θέση στον ασθενή διότι αυτή τον ανακουφίζει -Χορήγηση παυσίπονου -Στηρίχθηκε ο σωλήνας παροχέτευσης για	-Ο ασθενής αναφέρει ότι ανακουφίστηκε απο τον πόνο

			αποφυγή τραβήγματος του κοιλιακού τοιχώματος	
Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα και την παροχέτευση	-Να προληφθεί η αιμορραγία	-Να εκτιμάται η γενική κατάσταση του ασθενούς για εσωτερική αιμορραγία και να ελέγχεται η κατάσταση του τραύματος	- Ελέγχθηκε το τραύμα για τυχόν εσωτερική αιμορραγία -Ελεγχος ζωτικών σημείων	- Φυσιολογικά ζωτικά σημεία -Η ποσότητα παροχέτευση υγρών είναι σταθερή 20cc το 24ωρο
Ενδεχόμενη μόλυνση τραύματος	-Να προληφθεί η μόλυνση	-Να παρακολουθείται ο φλεβοκαθετήρας για τυχόν φλεγμονή και η περιοχή τραύματος -Να γίνει αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική	-Να ελέγχεται η περιοχή που υπάρχει φλεβοκαθετήρας και η περιοχή τραύματος για τυχόν φλεγμονή -Έγινε αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική	- Ο ασθενής είναι απύρετος και η περιοχή τραύματος δεν εμφανίζει σημεία φλεγμονής

4.3.Περιστατικό 2

Το περιστατικό δύο, ασχολείται με ασθενή που είναι 55 ετών. Η γυναίκα εισήλθε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου έπειτα από προγραμματισμένη χημειοθεραπεία όπου είχε προγραμματιστεί από τον προσωπικό της ιατρό. Η ασθενής πριν από έξι μήνες περίπου, είχε κάνει μαστογραφία. Στον μαστογραφικό έλεγχο είχαν εντοπιστεί ευρήματα τα οποία τέθηκαν για περαιτέρω διερεύνηση. Ο ιατρός είχε κάνει όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις όπως υπέρηχο των μαστών, μαγνητική τομογραφία αλλά και βιοχημικό έλεγχο όπου τα αποτελέσματα είχαν καταδείξει όγκο 2,5 εκατοστών στον αριστερό μαστό.

Στην πραγματοποίηση της χημειοθεραπείας, καθ' όλη τη διάρκεια, η ασθενής είχε ως παρενέργειες – συμπτώματα, διάρροια, ναυτία, εμετό και ένιωθε εξάντληση και αδυναμία.

4.3.1. Νοσηλευτική διεργασία πινάκας 2

<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- ΑΝΑΓΚΕΣ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>	<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</i>	<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</i>	<i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>
Ο άρρωστος νιώθει αδυναμία και εξάντληση	-Αντιμετώπιση αδυναμίας και εξάντλησης	- Αποφεύγουμε ότι κουράζει τον ασθενή και περιορισμός	- Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες όπου κούραζαν	- Ο ασθενής εκφράζει ότι νιώθει λίγο καλύτερα

		δραστηριοτήτων	τον ασθενή	
Αύξηση θερμοκρασίας	-Ρύθμιση της θερμοκρασίας	-Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων - Ενίσχυση του ασθενή με υγρά -Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων - Τρίωρη Μέτρηση ζωτικών σημείων - Παρακολούθηση ούρων για τυχόν κατακράτηση	-Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά - Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά τρίωρο - Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά και εφαρμόστηκαν κρύα επιθέματα - Η αποβολή ούρων είναι φυσιολογική	- Η θερμοκρασία του ασθενή επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα
Παρουσία διάρροιας κατά τη χημειοθεραπεία	-Διακοπή διάρροιας και εξασφάλιση του ισοζυγίου υγρών	- Χορήγηση φαρμάκων για τη διάρροια - Παρακολούθηση ποσότητας και χρώματος της κένωσης -Παρακολούθηση για αφυδάτωση	- Χορηγήθηκαν φάρμακα - Παρατηρήθηκε η κάθε κένωση - Παρακολουθείτε το ισοζύγιο υγρών	- Μειώθηκαν σημαντικά οι διάρροιες

		- Δίαιτα για διακοπή διάρροιας	-Χορήγηση ελαφριάς δίαιτας	
--	--	-----------------------------------	-------------------------------	--

Επίλογος

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι καρκινικοί όγκοι ανιχνεύονται στους μαστούς των γυναικών ειδικά κατά τον 21ο αιώνα. Είναι σημαντικό οι γυναίκες να γνωρίζουν και να ενημερώνονται για τις φυσικές αλλαγές του στήθους κατά τη διάρκεια του εμμηνορρησιακού κύκλου. Η μαστογραφία επιτρέπει την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού ακόμη και πριν την ψηλάφηση. Η μαστογραφία είναι κάτι που πρέπει να γίνεται συστηματικά κάθε χρόνο από την ηλικία των 40 ετών αλλά και νωρίτερα ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς και της οικογένειας του αλλά και όταν υπάρχουν αυξημένοι παράγοντες κινδύνου.

Μέσω της ψηλάφησης και της μαστογραφίας, επιτρέπεται η ανίχνευση του όγκου. Για καλύτερο εντοπισμό του καρκίνου, η πρόωμη διάγνωση δίνει την ευκαιρία για μια καλή πρόγνωση. Είναι πολλά τα χρόνια που οι γυναίκες βασανίζονται και προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού. Όμως, το θετικό είναι ότι υπάρχουν θεραπείες μέσω των οποίων οι παθούσες επωφελούνται αφού ολοένα και γίνονται αποτελεσματικότερες.

Κάθε θεραπεία, είναι εξατομικευμένη και προσδιορισμένη για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης του όγκου, από τα χαρακτηριστικά του, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιούνται η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Εξαιτίας της γενίκευσης των μαστογραφιών, το ποσοστό διάγνωσης καρκίνων του μαστού έχει αυξηθεί τρομερά και ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος που πραγματοποιείται στις μέρες μας, αναμένεται να αυξήσει το ποσοστό αυτών των όγκων αλλά συνάμα και το ποσοστό ίασης του που κυμαίνεται γύρω στο 80% στην πενταετία.

Συνεπώς, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ σημαντικό να γίνεται ο αυτοέλεγχος στους μαστούς, να γίνονται οι προγραμματισμένες μαστογραφίες από τον προσωπικό ιατρό καθώς και η καθημερινή ψηλάφηση και παρατήρηση. Οποιοδήποτε ασυνήθιστο σημάδι μπορεί να αποβεί μοιραίο αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα και αποτελεσματικά. Έτσι, οτιδήποτε ασυνήθιστο παρατηρηθεί καλό είναι να ενημερωθεί ο ιατρός και να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις.

Είμαστε πλέον στην ευχάριστη θέση να καταλήξουμε στο ότι οι περισσότερες περιπτώσεις επιβιώνουν και ξεπερνούν τον καρκίνο του μαστού, αφού πλέον ελάχιστες περιπτώσεις καταλήγουν στο θάνατο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε πως σίγουρα καλύτερο μέτρο είναι η πρόληψη, όμως ακόμη και στο σημείο που μια γυναίκα διαγνωσθεί με καρκίνο στο μαστό, αυτός είναι ιάσιμος και χρειάζεται συνεργασία με τον ιατρό καθώς και θετική σκέψη!

Βιβλιογραφία

Abeloff., M. D., Wolff. A. C., Weber, B. L., et. Al. (2008). Cancer of the Breast. Clinical Oncology. 4th ED. Philadelphia: PA: Elsevier.

Amadou, A., Hainaut, P., Romieu, I., (2013). Role of obesity in the risk of breast cancer: Lessons from anthropometry. J. Oncol.

Αγκομαχαλέλης, Ν., Αγοραστός, Ι., (1999). Εσωτερική παθολογία. Θεσσαλονίκη: University studio press.

Αδαμάκου, Θ., Κουτσοπούλου, Β., (2003). Αποκατάσταση γυναικών μετά την μαστεκτομή, ο ρόλος των νοσηλευτών. Νοσηλευτική.

Bride, M. B., Neal, L., Dilaber, C.A., Sandhu, N. P., Heiken, T. J., Ghosh, K., Wahner – Roedler, D. L. (2013). Factors Associated with Surgical Decision Making in women with Early – Stage Breast Cancer: A literature Review. J. Womenshealth: Larchmt.

Γολεμάτης, Β., Κακλαμάνος, Ι., & Μπονάτσος, Γ., (2006). Χειρουργική παθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Γομπάκη, Κ., Τζιτζικας, Ι., (2008). Αρχές ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας. Θεσσαλονίκη: University studio Press.

Coufal., O., Sporcrova., I. Vrtelova, P. (2011). What patients need to know before their breast cancer surgery. Vol 24. Klin Onkol.

Dewit, S., (2009). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική. Μτφρ. Λαμπρινού – Λεμονίδου. Λευκωσία: Πασχαλίδης

Guyton, A., (2004). Φυσιολογία του ανθρώπου. Μτφρ. Ευαγγέλου Α.. Αθήνα; Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Kattan, J., Chemaly, A., Jamal, D., Karaa, S., Moacdieh, L. (2011). Inflammatory breast cancer with refractory diarrhea: a case report. Vol. 59. J. Med Liban.

Κόνιαρη, Ε., (1998). Το βιβλίο του μαστού. Αθήνα.

Κόνιαρη, Ε., (1991). Καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Κρεατσάς, Γ., (2002). Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική ΙΙ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.

Lemone, P., Burke, K., (2006). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Μτφρ. Παναουδάκη – Μπροκαλάκη, Η. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Λουτράδης, Δ., Δεληγεώρογλου, Ε., Παπαντωνίου, Ν., (2018). Μαιευτική και γυναικολογία. Αθήνα: Πασχαλίδη.

Μαρκόπουλος, Χ., (2004). Παθήσεις του μαστού. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

McGeown, J. G., (2008). Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου. Μτφρ. Μολυβδάς, Π., Γουργουλιάκης, Κ., Χατζηευθυμίου Α. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μπούτης, Λ., (1999). Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Αθήνα:

National Cancer Institute, (2016). National Institutes of Health. Mission. Ανακτήθηκε στις 3 Μαρτίου από <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-cancer-institute-nci>

Osborn, Wraa, Watson, & Holleran., (2016). Παθολογική – χειρουργική Νοσηλευτική: Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική πρακτική. (Επιμ. Κουρκούτα, Μαντζούκας,

Μπατσολάκη, Παπαδημητρίου, Ροβίθης, Τσίου). Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης και Broken Hill Publishers LTD.

Παπανικολάου, Ν., (1995). Η γυναικολογική μαστολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού.

Παρασκευάς, Γ., (2008). Ανατομία του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Πινακίδης, Μ., Μπόντης, Λ., (1993). Καρκίνος του μαστού. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών University Studio press.

Σαχίνη – Καρδάση, Α., Πάνου, Μ., (2006). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ ΜΕΠΕ.

Τζωρακολευθεράκης, Ε., (1996). Χειρουργικές παθήσεις του μαστού. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Χαράτση – Γιωτάκη, Ε., (2010). Σύγχρονη εσωτερική παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές και επιστημονικές εκδόσεις.

Τσούσκας, Α. Ι., (2004). Στοιχεία Γενικής χειρουργικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Φύσσας, Γ., (2006). Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Εκδόσεις ΑΑ Λιβάνη.

Richard, L. D., Wayne, V., & Mitchell, A. W. M., (2007). Grays Ανατομία. Τόμος 1,2 . (Επιμ. Σκανδαλάκης, Π.). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.