

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής αυτής εργασίας με θέμα τον καρκίνο του μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μας για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών.

Η επιθυμία μας να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα πηγάζει από το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα που ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες.

Φυσικά, για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας μας υποστήριξε ένας αριθμός ανθρώπων στους οποίους θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμότερες ευχαριστίες μας. Πρώτα από όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, που τόσα χρόνια στέκονται πλάι μας ως θερμοί υποστηρικτές μας, στηρίζοντας μας σε οποιοδήποτε βήμα θελήσουμε να κάνουμε. Τελειώνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας και υπεύθυνο για την πτυχιακή μας εργασία κύριο Ασπρούκο Απόστολο, για την ευκαιρία που μας έδωσε να ασχοληθούμε με ένα τόσο ιδιαίτερο θέμα, τη συνεχή υποστήριξη, γενικότερη συμπαράσταση, καθοδήγηση, επίβλεψη, επιμονή και υπομονή καθώς και την άψογη συνεργασία μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις πλέον συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο. Αποτελεί, επίσης, τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μεταξύ των Ευρωπαϊκών γυναικών και την πρώτη μεταξύ καρκινοπαθών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή βασικών θεμάτων του καρκίνου του μαστού (ορισμός, αίτια, κλινική εικόνα, διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη), επιδημιολογικών δεδομένων καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή που εργάζεται με ασθενείς με καρκίνο. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed αλλά και αναζήτηση άρθρων από τους διεθνείς επαγγελματικούς νοσηλευτικούς οργανισμούς. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι όσο νωρίτερα διαγνωσθεί ένας καρκίνος του μαστού, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για επιτυχημένη θεραπεία. Επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα. Η φροντίδα του ασθενούς στοχεύει κυρίως στην εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ABSTRACT

Breast cancer is the development of a malignant tumor in the breast region. It is one of the most frequently occurring cancers worldwide and first in number of cases among the female population, particularly in the western world. It is also the second most frequent cause of death among European women and first among cancer patients. The purpose of this study is to describe the key issues of breast cancer (definition, causes, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention), epidemiological data and the role of the nurse who works with cancer patients. We carried bibliographic review of relevant articles in electronic databases PubMed and search of articles from the international professional nursing organizations. The literature review shows that the earlier diagnosed a breast cancer, the greater the likelihood of successful treatment. Also the role of the nurse is multidimensional and focuses on assessment of the patient's status, education of patient and family support and counseling, in patient care and research. Patient care is primarily aimed at implementing appropriate nursing interventions.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ	12
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	12
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	17
2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΟΡΙΣΜΟΣ	17
2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	18
2.3. ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	30
2.4.1. Αξιολόγηση των συνηθισμένων προβλημάτων του Καρκίνου του Μαστού στην διάγνωση.....	40
2.4.2. Αυτοεξέταση Μαστού.....	42
2.4.2.1. Μέθοδοι της αυτοεξέτασης του μαστού.....	44
2.5. ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	47
2.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	49
2.6.1. Χειρουργική θεραπεία.....	49
2.6.2. Χημειοθεραπεία	52
2.6.3. Ορμονοθεραπεία	54
2.6.4. Ακτινοθεραπεία.....	55
2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	61

3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	67
5.1. ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ	67
5.2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	68
5.3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	70
5.4. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	73
5.5. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	79
5.5.1. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στην Ακτινοθεραπεία	79
5.5.2. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στη Χημειοθεραπεία	81
5.5.3. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στην Ορμονοθεραπεία.....	89
5.5.4. Ο νοσηλευτικός ρόλος στο χειρουργείο.....	91
5.5.4.1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	91
5.5.4.2. Άμεση Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	93
5.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	98
5.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ....	101
5.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	103
5.8.1. Μελέτη 1ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού	103
5.8.2. Μελέτη 2ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού	107
5.8.3. Μελέτη 3ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού	114
5.8.4. Μελέτη 4ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	125

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Ελληνιστικό αγαλματίδιο – Σμύρνη. Γυναίκα με εξελκωμένο όγκο μαστού.	11
Εικόνα 2: Ο μαστός σε τεταρτημόρια	12
Εικόνα 3: Ανατομία Μαστού	15
Εικόνα 4: Σχηματική απεικόνιση των πέντε σταδίων ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία κατά Tanner	16
Εικόνα 5: Οικογενειακό δέντρο της οικογένειας με γενετική κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού	23
Εικόνα 6: Σοβαρή λοβιακή άτυπη υπερπλασία	24
Εικόνα 7: Μαστογραφία ασθενούς πριν και μετά από τρία χρόνια θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης δείχνοντας αύξηση στην πυκνότητα που προκλήθηκε από την θεραπεία	28
Εικόνα 8: Μέθοδος Twelve stroke clock	45
Εικόνα 9: Παγκόσμια κατανομή των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε γυναίκες για το έτος 2012.....	63
Εικόνα 10: Παγκόσμια Θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες το έτος 2012	64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Σχετικός κίνδυνος του καρκίνου του μαστού σε σχέση με την χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών 27

Πίνακας 2: Σχέση μεταξύ της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και της HRT 28

Πίνακας 3: Γνωστοποίηση και πιθανοί κίνδυνοι του καρκίνου του μαστού 29

Πίνακας 4: Ποσοστό επιβίωσης γυναικών με καρκίνο του μαστού σε σχέση με το στάδιο διάγνωσης 35

Πίνακας 5: Στάδια διάγνωσης..... 35

Πίνακας 6: Κατευθυντήριες οδηγίες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού 37

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- Γράφημα 1: Αθροιστικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που ήταν ηλικίας 10-19 χρόνων, όταν εκτέθηκαν σε ακτινοβολία από ατομικές βόμβες κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου 24
- Γράφημα 2: Σχέση μεταξύ της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού σε διάφορες χώρες και της κατανάλωσης λίπους 25
- Γράφημα 3: Η επίδραση της ταμοξιφένης στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού. Προληπτική μελέτη σε σχέση με την ηλικία 58
- Γράφημα 4: Τα δεδομένα του NSABP απεικονίζουν τα αποτελέσματα της ταμοξιφένης τόσο για επεμβατικό όσο και για μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού. Δεδομένα από το Royal Marsden και από ιταλικές μελέτες περιλαμβάνουν μόνο τον αριθμό των διηθητικών καρκίνων. Τα δεδομένα ραλοξιφαίνης περιλαμβάνουν τόσο επεμβατικό όσο και μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού..... 59
- Γράφημα 5: Η συχνότητα των θετικών οιστρογονικών υποδοχέων και των αρνητικών οιστρογονικών υποδοχέων καρκίνου του μαστού σε εικονικό φάρμακο και με αγωγή ταμοξιφένης σε προληπτική δοκιμή της NSABP. 60
- Γράφημα 6: Κατά ηλικία δείκτες επίπτωσης καρκίνου μαστού 62
- Γράφημα 7: Προτυπωμένοι κατά ηλικία (ASR-στον παγκόσμιο πληθυσμό) δείκτες επίπτωσης καρκίνου του μαστού..... 62
- Γράφημα 8: Τάσεις στα ποσοστά επίπτωσης σε τυποποιημένη ηλικία καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, επιλεγμένες χώρες, 1975-2010..... 66

Γράφημα 9: Τάσεις στα ποσοστά θνησιμότητας σε τυποποιημένη ηλικία
καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, επιλεγμένες χώρες, 1975-2010..... 66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μαστός τρέφει το βρέφος, εκφράζει την τρυφερότητα και την αγάπη της συντρόφου και μητέρας, εξασφαλίζει τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής, είναι το σύμβολο του κάλλους, της αγάπης, του έρωτα, της γονιμότητας και αποτελεί αιώνιο, αναντικατάστατο και μοναδικό στοιχείο της γυναικείας φύσης.

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, ο άνθρωπος πασχίζει να διατηρήσει την αισθητική και την ακεραιότητα του μαστού, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αναγκάζεται να υποκύψει στο αναπόφευκτο, δηλαδή τον ακρωτηριασμό, στον οποίο πρέπει να προβεί ο χειρουργός προκειμένου να σώσει τη ζωή της ασθενούς, όταν ο μαστός γίνεται θύμα του καρκίνου, που είναι μια από τις πλέον αμείλικτες παθήσεις (1).

Ο πατέρας της Ιστορίας Ηρόδοτος (484-426 π.Χ.) αναφέρει τον καρκίνο του μαστού, από τον οποίο έπασχε η Άτοσσα, η μητέρα του Βασιλιά των Περσών Δαρείου, την οποία θεράπευσε ο Έλληνας γιατρός Δημοκίδης (2).

Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.), ο επιφανέστερος Έλληνας ιατρός, πρώτος χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». Θεωρούσε ότι ήταν καλύτερα να μην δοθεί θεραπεία σε «κεκρυμμένο» καρκίνο. Αυτό σήμαινε ότι μόνο ελκωτικοί καρκίνοι θα μπορούσαν να θεραπευτούν με εγχείρηση, πιθανόν ως ανακουφιστική θεραπεία. Χαρακτηριστικά, ο Ιπποκράτης είχε γράψει για τον καρκίνο: «Είναι προτιμότερο να μην εφαρμόζεται καμιά θεραπεία. Και αυτό, γιατί αν λάβει θεραπεία η ασθενής θα πεθάνει σύντομα, ενώ αν αφεθεί χωρίς θεραπεία μπορεί να ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα (IV Αφορισμοί 6^ο, 38, σελ 578).

Αναθήματα που απεικονίζουν μαστούς βρέθηκαν στα Ασκληπιεία Επιδαύρου, Κω, Τρίκκης και Κορίνθου, που άλλοτε ήταν ιερά του Ασκληπιού, Θεού της Ιατρικής, δίνοντας ότι οι παθήσεις του μαστού αποτελούσαν μια από τις πλέον συχνές νόσους για τις οποίες οι άνθρωποι ζητούσαν βοήθεια. Σε ορισμένα

από αυτά απεικονίζονται όγκοι μαστού και σε ένα τουλάχιστον εξελκωμένος όγκος μαστού (εικόνα 1) (1,2).



Εικόνα 1: Ελληνιστικό αγαλματίδιο – Σμύρνη. Γυναίκα με εξελκωμένο όγκο μαστού (1).

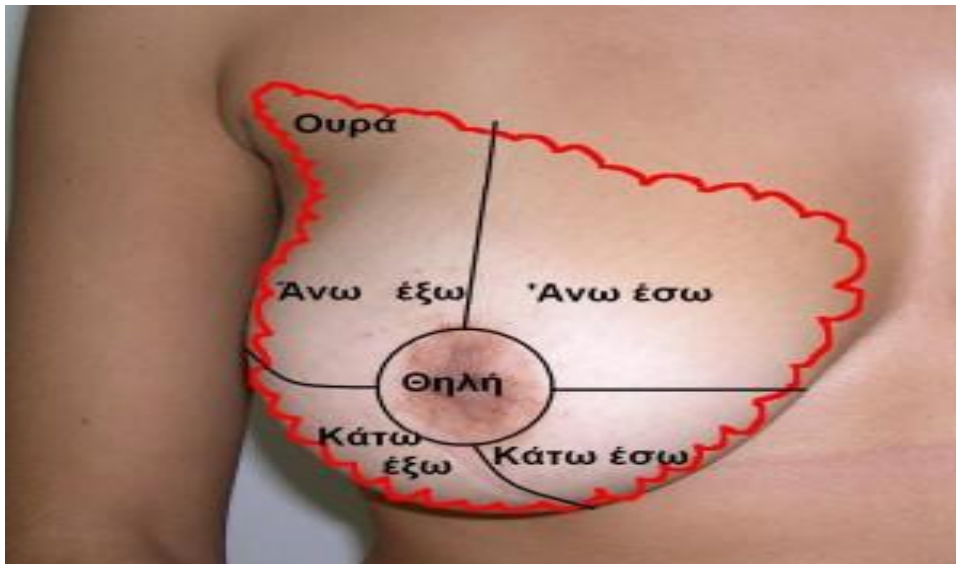
Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού σήμερα, φαίνεται να ακολουθεί αυξητική τάση από το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα. Αποτελεί τον πλέον συχνό καρκίνο στις γυναίκες (29%) και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο (16%). Σήμερα, έχει επέλθει μια μικρή μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού, η οποία μπορεί να αποδοθεί στα προγράμματα πρώιμης διάγνωσης και βελτίωσης της θεραπείας, ιδίως της συστηματικής (3).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αποτελεί περίπου ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό (ή μαζικό) αδένα. Μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξής του, ο κάθε μαστός καταλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, από τη 2^η ως την 6^η πλευρά. Προς τα έξω εκτείνεται μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Στην άτοκο ο μαστός έχει σχήμα κώνου, που προβάλλει προς τα εμπρός, ενώ το σχήμα του μεταβάλλεται με την ηλικία, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία, με αποτέλεσμα το άνω μέρος να επιπεδωθεί, ενώ το κάτω μέρος να κυρτωθεί από το βάρος του, σχηματίζοντας την υπομάστια πτυχή. Για καλύτερη τοπογραφική περιγραφή των ευρημάτων από τη φυσική εξέταση συνηθίζεται να χωρίζεται ο μαστός σε τέσσερα τεταρτημόρια: το άνω-έξω, το κάτω-έξω, το άνω-έσω και το κάτω-έσω. Το άνω-έξω τεταρτημόριο είναι παχύτερο από τα υπόλοιπα, διότι περιέχει μεγαλύτερη μάζα μαστικού αδένα, καθώς και μία προσεκβολή προς τη μασχάλη, που αναφέρεται και ως ουρά του Spence (4–6).

Εικόνα 2: Ο μαστός σε τεταρτημόρια



Για την περιγραφή του μαστού διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, καθώς και την περιφέρεια.

- 1) Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου βρίσκονται η θηλή και η θηλέα άλω. Η θηλή αποτελεί κυλινδροειδές ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος και στην κορυφή της παρουσιάζει 15-20 στόμια στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Συνήθως πάντως βρίσκεται στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος. Η θηλέα άλω είναι μία υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή με συνήθη διάμετρο 1,5-6 εκ. Στην επιφάνειά της εμφανίζει 10-15 μικρά επάρματα, κάτω από τα οποία βρίσκονται οι αδένες του Montgomery, που θεωρούνται τροποποιημένοι σμηγματογόνοι αδένες. Τόσο η θηλή όσο και η θηλαία άλω έχουν καστανέρυθρο χρώμα, που οφείλεται στην παρουσία άφθονης μελανίνης.
- 2) Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρά υπόκοιλη, επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και σε μεγάλους μαστούς εκτείνεται μέχρι τον πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ.
- 3) Η περιφέρεια του μαστού μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα (4-6).

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένια:

- 1) Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό, έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Ιδιαίτερα στη θηλή και στη θηλέα άλω, στο χόριο του δέρματος υπάρχουν λείες μυϊκές ίνες, που προκαλούν σκλήρυνση (στύση) των μορφωμάτων αυτών κατά την προστριβή ή το θηλασμό.
- 2) Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδορίου λίπους και σε αυτό διακρίνουμε μία πρόσθια στιβάδα, από όπου περνούν οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper και μία οπίσθια στιβάδα. Οι σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση διήθησης από καρκίνο χάνουν την ελαστικότητά τους με συνέπεια τη βράχυνσή τους και την εισολκή του υπερκείμενου δέρματος.

- 3) γ) Ο μαστικός ή μαζικός αδένας έχει σχήμα δισκοειδές και σε διατομή είναι λευκωπός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό (4–6).

Η πρόσθια επιφάνειά του είναι υπόκυρτη και ανώμαλη και παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και στο χόριο του δέρματος εκτείνονται οι σύνδεσμοι του Cooper, που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς. Οι λοβοί έχουν σχήμα πυραμοειδές, με την κορυφή προς τη θηλή, όπου και καταλήγει ο αντίστοιχος γαλακτοφόρος πόρος. Οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν προς τη θηλή και εκβάλλουν είτε μεμονωμένα είτε μαζί με άλλους στην κορυφή της θηλής. Πριν από την εκβολή του στη θηλή, κάθε γαλακτοφόρος πόρος εμφανίζει μία διευρυμένη μοίρα, το γαλακτοφόρο κόλπο, όπου είναι δυνατή η συλλογή γάλακτος. Το εκκριτικό τμήμα του μαστικού αδένος αποτελείται από τις αδενοκυψέλες ή τελικές μονάδες των λοβίων και των πόρων (Terminal Ductal-Lobular Units – TDLUs), που συνενώνονται σχηματίζοντας τους αρχικούς μικρούς κλάδους των γαλακτοφόρων πόρων. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένος χωρίζεται από την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός με λίγο ινολιπώδη ιστό.

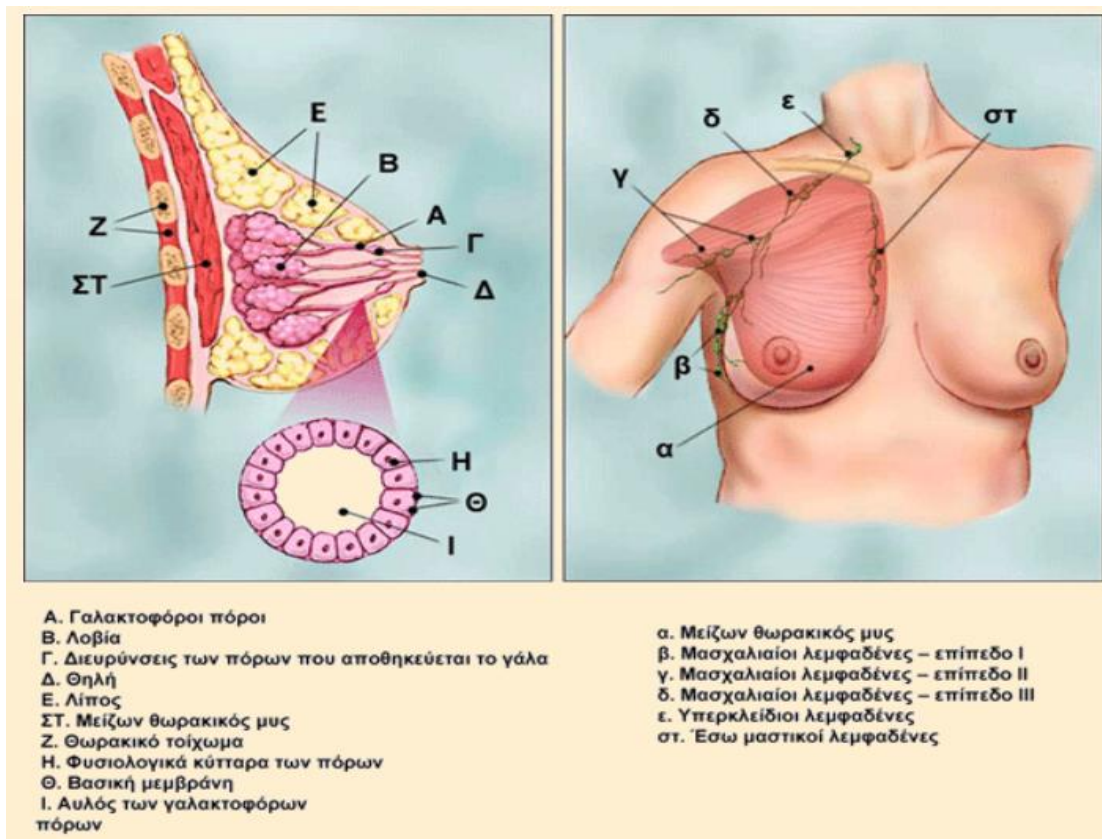
Οι μύες στην περιοχή του μαστού που έχουν σημασία για τις χειρουργικές επεμβάσεις σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένης και της πλαστικής αποκατάστασης, είναι ο μείζων θωρακικός, ο ελάσσων θωρακικός, ο πρόσθιος οδοντωτός, ο πλατύς ραχιαίος, ο κορακοβραχιόνιος, ο υποπλάτιος, ο έξω λοξός κοιλιακός. Αντίστοιχα, οι περιτονίες που αφορούν την εγχειρητική του μαστού είναι η υποδόρια, η περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός, η περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού, η κορακοπλευρική και η περιτονία της μασχάλης.

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και άνω θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διαπιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία. Το φλεβικό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διακρίνεται σε

επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλεβικοί κλάδοι εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα, ενώ οι εν τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς προς την έσω μαστική, τη μασχالياία και τις μεσοπλευρίες φλέβες.

Το λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις, προς τους μασχالياίους και προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται σε τρεις ομάδες, τους μασχالياίους, τους υπερκλειδίους και τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Οι λεμφαδένες της μασχάλης με τη σειρά τους χωρίζονται σε τρία επίπεδα, που έχουν σημασία για το λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής σε περίπτωση καρκίνου. Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το 4^ο-6^ο μεσοπλευρίο νεύρο, το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η θηλή εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια, όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα απτικά σωμάτια του Meissner (4–6).

Εικόνα 3: Ανατομία Μαστού (7)



1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρώτη ανάπτυξη του μαστού στη γυναίκα, η θηλαρχή, λαμβάνει χώρα στην αρχή της ήβης. Η ανάπτυξη του μαστού συνδέεται άμεσα με την έκκριση των οιστρογόνων, των γοναδοτροπινών και της αυξητικής ορμόνης. Η έναρξη της εφηβείας χαρακτηρίζεται από προοδευτικά αυξανόμενη έκκριση GnRH από τον υποθάλαμο, με αποτέλεσμα την ολοένα και αυξανόμενη έκκριση γοναδοτροπινών από την υπόφυση και φυλετικών ορμονών από την ωοθήκη (8–11). Η θηλαρχή ακολουθείται από την αδρεναρχή ή ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτήρων του φύλου, την επιτάχυνση της αύξησης του αναστήματος και την εμμηναρχή, χωρίς ωστόσο η σειρά αυτή να είναι απόλυτη. Σήμερα θεωρούμε ότι η έναρξη της ήβης αρχίζει νωρίτερα από ότι πριν μερικές δεκαετίες (12). Η έναρξη της θηλαρχής, αρχίζει κατά μέσο όρο κατά το 8ο-9ο έτος της ηλικίας. Η πιθανότητα εμφάνισης θηλαρχής πριν από την ηλικία των οκτώ ετών υπολογιζόταν παλαιότερα στο 1%, ενώ σήμερα αναβιβάζεται στο 15% (8,12–14).

Μετά τη θηλαρχή ακολουθεί σταδιακά η ανάπτυξη του αδενικού και στρωματικού στοιχείου του μαστικού αδένα, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται και λιπώδης ιστός. Ο αδενικός ιστός θα αποτελέσει τελικά το 20% της συνολικής μάζας του μαστού (9). Η ανάπτυξη του μαστού διακρίνεται στα πέντε στάδια κατά Tanner (15), που χρησιμεύουν και για την περιγραφή τυχόν μη φυσιολογικής ανάπτυξης του μαστού κατά την εφηβεία (8,13) (εικόνα 2).

Εικόνα 4: Σχηματική απεικόνιση των πέντε σταδίων ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία κατά Tanner (16)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Αποτελεί μία από τις πλέον συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο. Αποτελεί, επίσης, τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου μεταξύ των Ευρωπαίων γυναικών και την πρώτη μεταξύ καρκινοπαθών.

Προκαλείται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων που ως αποτέλεσμα προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού και ουσιαστικά αποτελεί κυτταρική νόσο.

Τα κύτταρα είναι η βάση του σώματος - όλα τα όργανα και οι ιστοί είναι φτιαγμένοι από διαφορετικούς τύπους κυττάρων. Το σώμα διατηρεί την υγεία του με την ανάπτυξη και την ανανέωση των κυττάρων και σχεδόν όλα τα κύτταρα πρέπει να αντικαθίστανται σε κανονικά διαστήματα. Τα φυσιολογικά, υγιή κύτταρα αναπτύσσονται, διαιρούνται και πεθαίνουν κάτω από τον έλεγχο των γονιδίων. Αν υπάρξει κάποια αλλαγή (μεταλλαγή) σε κάποιο από τα γονίδια που ελέγχουν την ανάπτυξη, το υγιές κύτταρο αρρωσταίνει και γίνεται νεόπλασμα. Αυτές οι αλλαγές κάνουν το κύτταρο να φαίνεται μη-φυσιολογικό όταν το βλέπει κάποιος στο μικροσκόπιο. Καθώς αλλάζουν σχήματα, τα κύτταρα συμπεριφέρονται διαφορετικά. Αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα και διαιρούνται για να σχηματίσουν όλο και περισσότερα καρκινικά κύτταρα.

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται αργά, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν απειλούν την ζωή. Οι κακοήθεις όγκοι είναι επιβλαβείς. Αναπτύσσονται πιο γρήγορα και τα κύτταρα μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (γνωστοί επίσης σαν μεταστατικοί όγκοι) (17).

2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο Καρκίνος ως ομάδα ασθενειών χαρακτηρίζεται από ορισμένα γενικά συμπτώματα, ενώ κάθε διακριτή του μορφή συσχετίζεται με ορισμένα ειδικά συμπτώματα. Τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν εν γένει τις εκάστοτε παραλλαγές του καρκίνου του μαστού - η φύση και η έκταση των οποίων ποικίλλει – είναι τα εξής:

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

Σε αρχικό στάδιο ο καρκίνος του μαστού δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Αργότερα μπορεί να εμφανιστεί ψηλαφητό μόρφωμα, αλλαγή του χρώματος του δέρματος, εισολκή ή έκκριμα. Αν η γυναίκα δεν δώσει σημασία στα προαναφερθέντα συμπτώματα τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια προχωρημένης νόσου, όπως θερμό και ερυθρό μαστό (φλεγμονώδης καρκίνος), πόνους στα οστά, μεγάλη διόγκωση (18).

2.3. ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Με 1 εκατομμύριο νέα κρούσματα στον κόσμο κάθε χρόνο, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες και περιλαμβάνει το 18% του συνόλου των γυναικείων καρκίνων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το ποσοστό της επίπτωσης και θνησιμότητας κατά ηλικία είναι το υψηλότερο στον κόσμο, η επίπτωση στις γυναίκες ηλικίας 50 ετών προσεγγίζει δύο ανά 1.000 γυναίκες ανά έτος, και η ασθένεια είναι η μοναδική συχνότερη αιτία θανάτου μεταξύ των γυναικών ηλικίας 40-50, αντιπροσωπεύοντας για περίπου το ένα πέμπτο του συνόλου των θανάτων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Υπάρχουν περισσότερα από 14.000 θανάτους κάθε χρόνο, και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών ηλικίας 50-64, πιθανώς λόγω του προσυμπτωματικού ελέγχου του μαστού σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Σε ένα φάσμα 1000 γυναικών ηλικίας 50 ετών, δύο θα είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και περίπου 15 θα είχαν μια διάγνωση που έγινε πριν από την ηλικία των 50 ετών, δίνοντας μια συχνότητα του καρκίνου του μαστού σχεδόν 2% (19,20).

Παρακάτω θα παρατεθούν οι παράγοντες κινδύνου που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Ηλικία

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία, διπλασιάζοντας περίπου κάθε 10 χρόνια, μέχρι την εμμηνόπαυση, όταν ο ρυθμός αύξησης επιβραδύνεται δραματικά. Σε σύγκριση με τον καρκίνο του πνεύμονα, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερη στις νεώτερες ηλικίες. Σε ορισμένες χώρες, υπάρχει μια μείωση της κλίσης της καμπύλης ηλικία εμφάνισης μετά την εμμηνόπαυση (20–22).

Γεωγραφική διαφοροποίηση

Ηλικιακά προσαρμοσμένα περιστατικά και θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού, διαφέρουν μεταξύ των χωρών κατά έναν συντελεστή του πέντε. Η διαφορά μεταξύ της Άπω Ανατολής και των χωρών της Δύσης μειώνεται, αλλά εξακολουθεί να είναι περίπου πενταπλάσια. Μελέτες των μεταναστών από την Ιαπωνία στη Χαβάη δείχνουν ότι τα ποσοστά καρκίνου του μαστού σε μετανάστες αξιώνουν το ποσοστό στη χώρα υποδοχής μέσα σε μία ή δύο γενιές, υποδεικνύοντας ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη σημασία από τους γενετικούς παράγοντες (20–22).

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης

Οι γυναίκες που ξεκινούν την έμμηνο ρύση νωρίς στη ζωή τους ή που έχουν μια καθυστερημένη εμμηνόπαυση, έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν μια φυσική εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 ετών έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που βιώνουν την εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 45. Σε μια ακραία περίπτωση, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε αμφίπλευρη ωθηκεκτομή πριν από την ηλικία των 35 έχουν μόνο το 40% του κινδύνου για καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες που έχουν μια φυσική εμμηνόπαυση (20–22).

Ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη

Τόσο οι γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει όσο και η προχωρημένη ηλικία κατά την πρώτη γέννηση αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης της ζωής του καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που έχουν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 είναι περίπου διπλάσιος από αυτόν των γυναικών που έχουν το πρώτο τους παιδί πριν από την ηλικία των 20. Η ομάδα υψηλότερου κινδύνου είναι όσοι έχουν το πρώτο παιδί μετά την ηλικία των 35, αυτές οι γυναίκες φαίνεται να διατρέχουν ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι άτοκες γυναίκες. Μια πρώιμη ηλικία κατά τη

γέννηση του δεύτερου παιδιού μειώνει περαιτέρω τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού (20–22).

Οικογενειακό ιστορικό

Μέχρι και το 10% του καρκίνου του μαστού στις δυτικές χώρες οφείλεται σε γενετική προδιάθεση. Η ευαισθησία του καρκίνου του μαστού γενικά κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατέστερο γονίδιο με περιορισμένη διεισδυτικότητα (20).

Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να μεταδοθεί μέσω οποιουδήποτε φύλου και ότι ορισμένα μέλη της οικογένειας μπορούν να μεταδώσουν το παθολογικό γονίδιο χωρίς να αναπτύξουν οι ίδιοι καρκίνο. Δεν είναι ακόμη γνωστό πόσα γονίδια καρκίνου του μαστού μπορεί να υπάρχουν. Δύο γονίδια του καρκίνου του μαστού, BRCA1 και BRCA2, τα οποία βρίσκονται στους μακριούς βραχίονες των χρωμοσωμάτων 17 και 13, αντίστοιχα, έχουν ταυτοποιηθεί και αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό των πολύ υψηλού κινδύνου οικογενειών, δηλαδή εκείνων με τέσσερις ή περισσότερους καρκίνους του μαστού μεταξύ των στενών συγγενών. Και τα δύο γονίδια είναι πολύ μεγάλα και οι μεταλλάξεις μπορούν να συμβούν σε σχεδόν κάθε θέση, έτσι ο μοριακός έλεγχος για την ανίχνευση της μετάλλαξης για πρώτη φορά σε ένα προσβεβλημένο άτομο ή οικογένεια είναι τεχνικά απαιτητικός. Ορισμένες μεταλλάξεις συμβαίνουν σε υψηλή συχνότητα σε ορισμένους πληθυσμούς. Για παράδειγμα, περίπου 2% των Ασκενάζι Εβραίων γυναικών μεταφέρουν είτε BRCA1 185 del AG (διαγραφή των δύο ζευγών βάσεων στη θέση 185), BRCA1 5382 ins C (εισαγωγή ενός επιπλέον ζεύγους βάσεων στη θέση 5382) ή BRCA 6174 del T (διαγραφή της μία μόνο ζεύγος βάσεων στη θέση 6174), ενώ BRCA2 999 del 5 (διαγραφή πέντε ζεύγη βάσεων στη θέση 999) αντιπροσωπεύει περίπου το ήμισυ του συνόλου του οικογενούς καρκίνου του μαστού στην Ισλανδία. Κληρονομούμενες μεταλλάξεις σε δύο άλλα γονίδια, p53 και PTEN, είναι που συνδέονται με τα οικογενή σύνδρομα (LiFraumeni και Cowden αντίστοιχα) που περιλαμβάνουν υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού, αλλά και οι δύο είναι σπάνιες. Αυτά είναι σχεδόν βέβαια άλλα (ακόμη

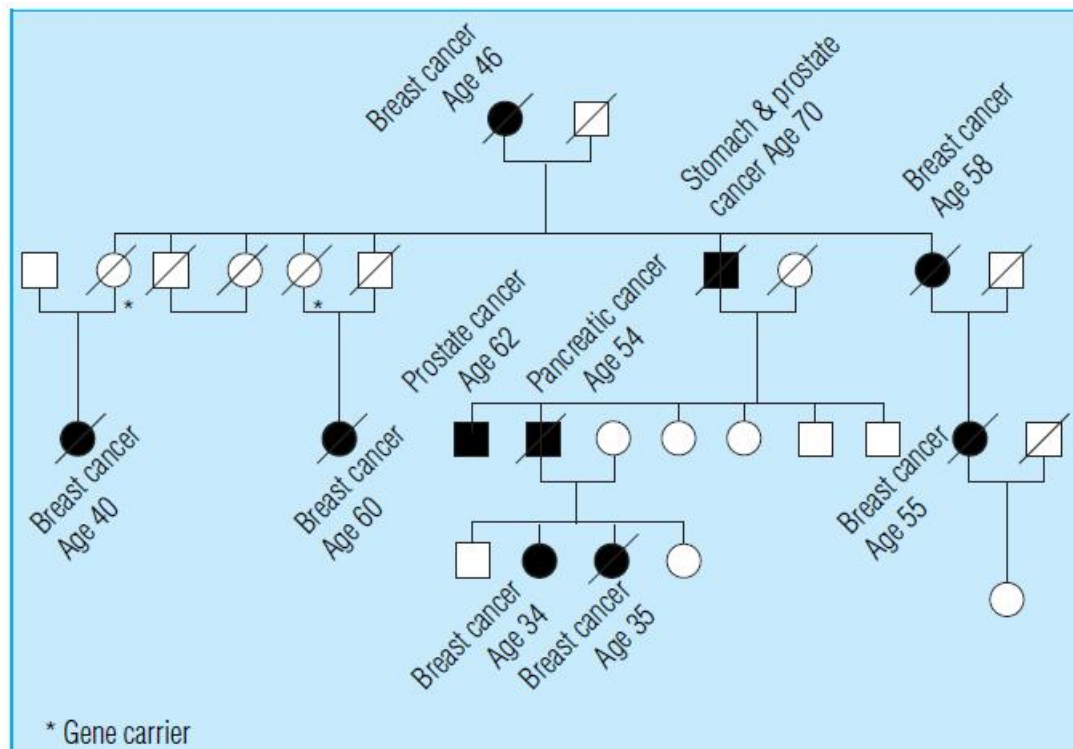
αγνώστων στοιχείων) γονίδια που αυξάνουν τον κίνδυνο της νόσου μόνο σε μέτριο βαθμό, ίσως τρεις ή τέσσερις φορές πάνω από το γενικό επίπεδο του πληθυσμού. Αυτά είναι απίθανο να αναπαράγουν περίτεχνες πολύ-περιπτώσεις οικογένειες αλλά είναι μάλλον πιθανό παρά κοινό και ως εκ τούτου αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της συνολικής γενετικής συμβολής για καρκίνο του μαστού.

Πολλές οικογένειες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν μία περίσσεια των ωοθηκών, του παχέος εντέρου, του προστάτη, και άλλους καρκίνους που αποδίδονται στην ίδια κληρονομική μετάλλαξη. Οι ασθενείς με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού, εκείνοι που αναπτύσσουν ένα συνδυασμό του καρκίνου του μαστού και ενός άλλου επιθηλιακού καρκίνου, και οι γυναίκες που πάσχουν από την ασθένεια σε νεαρή ηλικία είναι πιο πιθανό να μεταφέρουν μια γενετική μετάλλαξη με προδιάθεση για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού που οφείλονται σε μια γενετική μετάλλαξη εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 65 ετών, και μια γυναίκα με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού της πρώιμης έναρξης, που εξακολουθεί να είναι ανεπηρέαστο στα 65 δεν έχει πιθανώς κληρονομήσει την γενετική μετάλλαξη.

Ο κίνδυνος μιας γυναίκας για καρκίνο του μαστού είναι δύο ή περισσότερες φορές μεγαλύτερος αν έχει έναν συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή ή κόρη) που ανέπτυξε τη νόσο πριν την ηλικία των 50 ετών, και όσο νεότερος ο συγγενής όταν ανέπτυξε καρκίνο του μαστού τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος. Για παράδειγμα, μια γυναίκα της οποίας η αδελφή ανέπτυξε καρκίνο του μαστού κατά την ηλικία 30-39 έχει αθροιστικό κίνδυνο 10% της ανάπτυξης της νόσου για τον εαυτό της από την ηλικία των 65 ετών, αλλά αυτός ο κίνδυνος είναι μόλις 5% (κοντά στον κίνδυνο του πληθυσμού) αν η αδελφή της ήταν ηλικίας 50-54 κατά τη διάγνωση. Ο κίνδυνος αυξάνεται από τέσσερις έως έξι φορές εάν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού αναπτύξουν τη νόσο. Για παράδειγμα, μία γυναίκα με δύο συγγενείς που είχαν την νόσο, μία από τις οποίες ήταν ηλικίας κάτω των 50 ετών κατά τη διάγνωση, έχει 25%

πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 65 ετών (20,21,23–26).

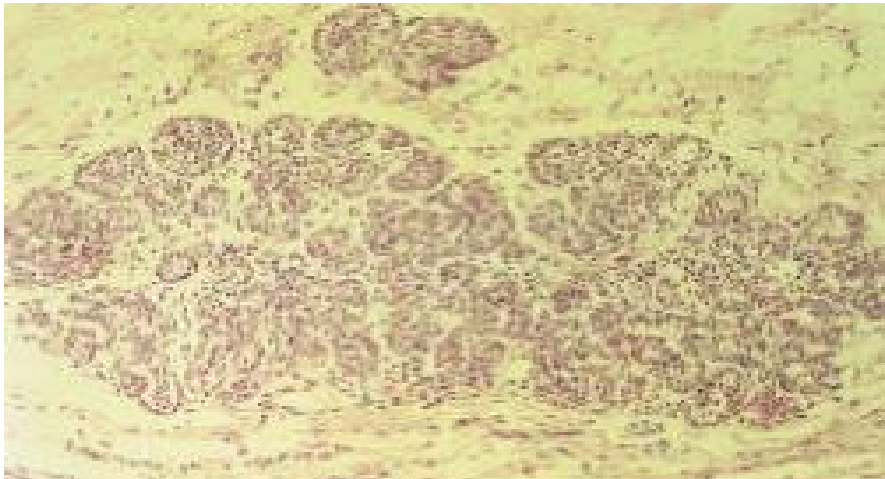
Εικόνα 5: Οικογενειακό δέντρο της οικογένειας με γενετική κληρονομικότητα του καρκίνου του μαστού (20)



Προηγούμενες καλοήθειες παθήσεις του μαστού

Οι γυναίκες με σοβαρή άτυπη υπερπλασία των επιθηλιακών έχουν τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες που δεν έχουν καμία πολλαπλασιαστική αλλαγή στον μαστό. Οι γυναίκες με αυτή την αλλαγή και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (συγγενής πρώτου βαθμού) έχουν εννέα φορές αύξηση του κινδύνου. Οι γυναίκες με ψηλαφητές κύστεις, συγκρότημα ινοαδενωμάτων, θηλώματα αγωγών, σκλήρυνση αδένωσης και μέτρια ή ανθηρός επιθηλιακή υπερπλασία έχουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού (1,5-3 φορές) από τις γυναίκες χωρίς αυτές τις αλλαγές, αλλά αυτή η αύξηση δεν είναι κλινικά σημαντική (20–22).

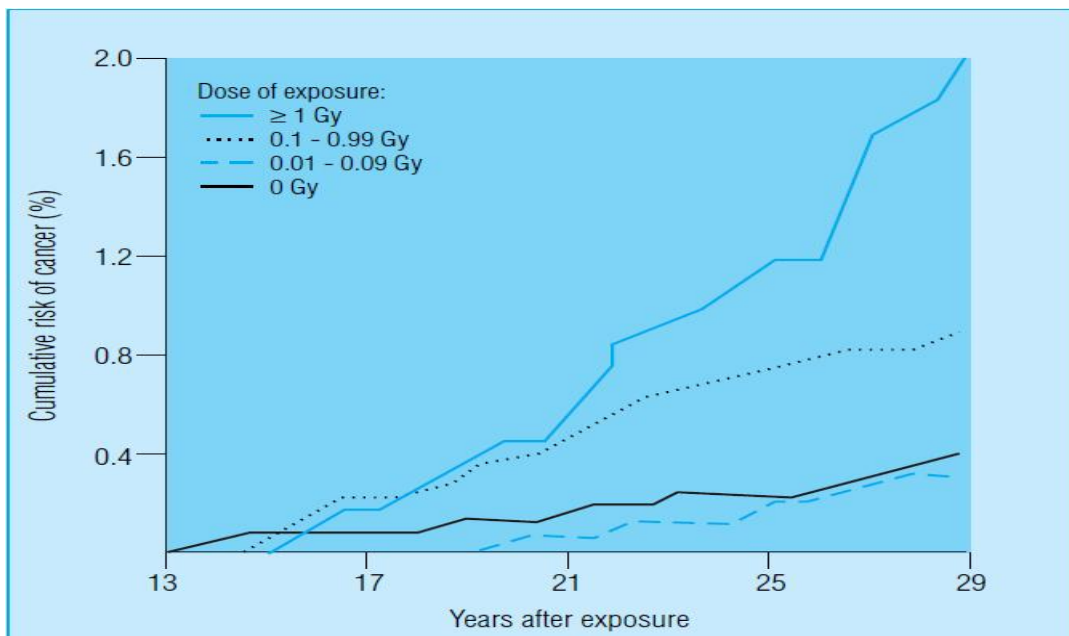
Εικόνα 6: Σοβαρή λοβιακή άτυπη υπερπλασία (20)



Ακτινοβολία

Ο διπλασιασμός του κινδύνου του καρκίνου του μαστού παρατηρήθηκε μεταξύ των έφηβων κοριτσιών που εκτίθενται σε ακτινοβολία κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Η ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει επίσης τον κίνδυνο αργότερα στη ζωή τους, ιδιαίτερα όταν η έκθεση είναι κατά τη διάρκεια του ραγδαίου σχηματισμού του μαστού. Ο μαστογραφικός έλεγχος συνδέεται με μια καθαρή μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού μεταξύ των γυναικών άνω των 50 ετών (20–22).

Γράφημα 1: Αθροιστικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που ήταν ηλικίας 10-19 χρόνων, όταν εκτέθηκαν σε ακτινοβολία από ατομικές βόμβες κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου (20)

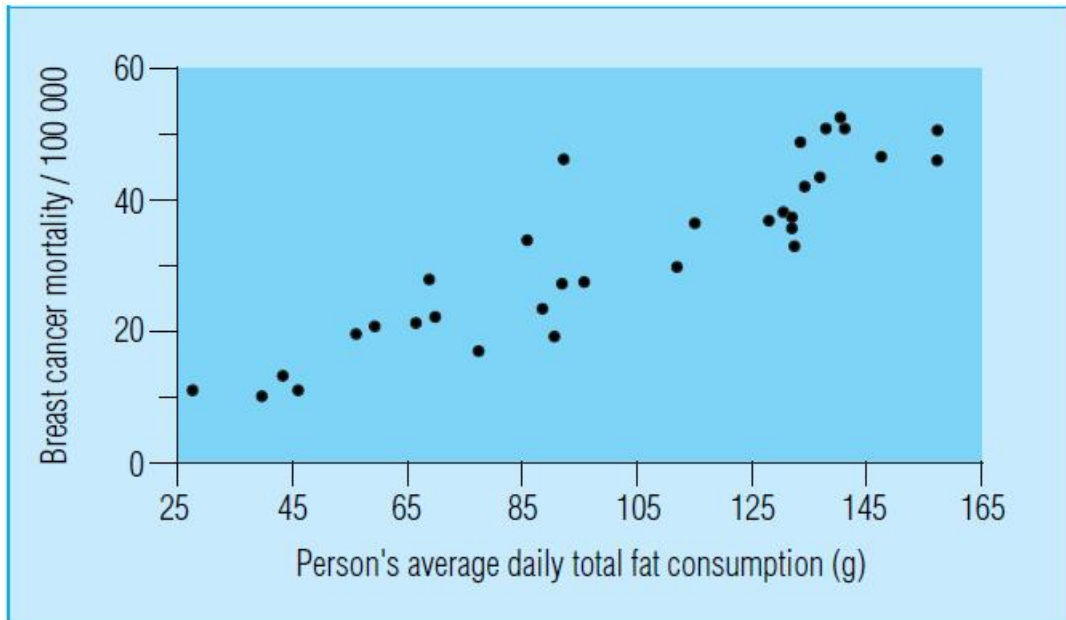


Τρόπος ζωής

Διατροφή

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και της πρόσληψης διαιτητικού λίπους σε πληθυσμούς, η πραγματική σχέση μεταξύ της πρόσληψης λίπους και του καρκίνου του μαστού δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ισχυρή ή συνεπής.

Γράφημα 2: Σχέση μεταξύ της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού σε διάφορες χώρες και της κατανάλωσης λίπους (20)



Βάρος

Η παχυσαρκία συνδέεται με μια διπλάσια αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ μεταξύ των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών συνδέεται με μια μειωμένη επίπτωση.

Κατανάλωση αλκοόλ

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά η σχέση είναι ασυνεπής και

η συσχέτιση μπορεί να είναι με άλλους διατροφικούς παράγοντες και όχι από το αλκοόλ.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα δεν έχει καμία σημασία στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού (20–22).

Από του στόματος αντισυλληπτικό

Όταν οι γυναίκες λαμβάνουν αντισυλληπτικά από του στόματος και για 10 χρόνια μετά τη διακοπή αυτών των παραγόντων, υπάρχει μία μικρή αύξηση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Δεν υπάρχει σημαντικά αυξημένος κίνδυνος να έχουν καρκίνο του μαστού διαγιγνώσμενο 10 ή περισσότερα χρόνια μετά την παύση της από του στόματος αντισυλληπτικού παράγοντα. Καρκίνοι που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που λαμβάνουν από του στόματος αντισυλληπτικά είναι λιγότερο πιθανό να προχωρήσουν κλινικά από εκείνους που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ αυτούς τους παράγοντες, σχετικός κίνδυνος 0,88 (0.81-0.95). Κατά την διάρκεια της χρήσης, την ηλικία κατά την πρώτη χρήση, η δόση και το είδος των ορμονών εντός των αντισυλληπτικών δεν φαίνεται να έχουν σημαντική επίπτωση στον κίνδυνο. Γυναίκες με καρκίνο του μαστού που αρχίζουν τη χρήση πριν από την ηλικία των 20 ετών φαίνεται να έχουν υψηλότερο σχετικό κίνδυνο από τις γυναίκες που αρχίζουν να χρησιμοποιούν από του στόματος αντισυλληπτικά σε μεγαλύτερη ηλικία. Αυτός ο υψηλότερος σχετικός κίνδυνος εφαρμόζεται σε μια εποχή όπου η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι όμως πολύ χαμηλή (20–22).

Πίνακας 1: Σχετικός κίνδυνος του καρκίνου του μαστού σε σχέση με την χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών (20)

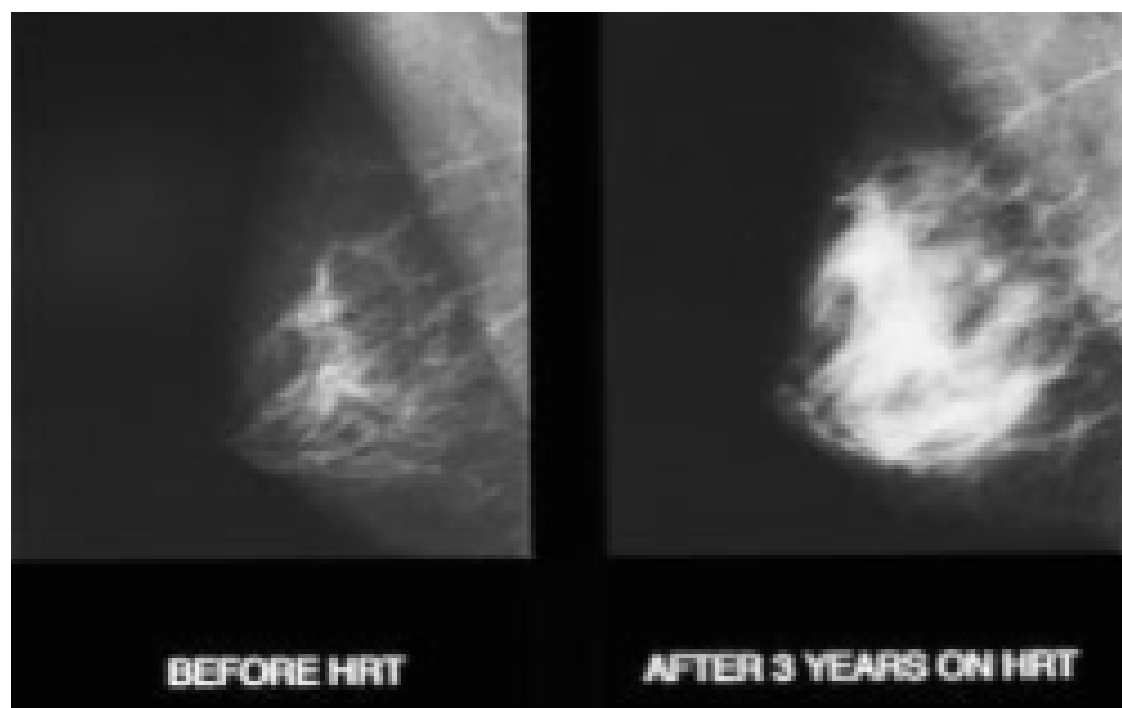
Relative risk of breast cancer in relation to use of oral contraceptives

	Relative risk	95% CI
> 10 years after stopping	1	
Current user	1.24	0.96-1.05
1-5 years since stopping	1.16	1.08-1.23
5-9 years since stopping	1.07	1.02-1.13

Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Μεταξύ των σημερινών χρηστών της HRT και εκείνων που έχουν σταματήσει να την χρησιμοποιούν 1-4 χρόνια πριν, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκεται να αυξάνεται κατά έναν παράγοντα 1.023 (1.011-1.036) για κάθε έτος χρήσης. Η αύξηση αυτή είναι συνεπής με την επίδραση της καθυστέρησης όσον αφορά την εμμηνόπαυση, επειδή ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού αυξάνεται στους μη χρήστες κατά ένα συντελεστή 1,028 (1.021-1.034) για κάθε μεγαλύτερο έτος κατά την εμμηνόπαυση. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού εμφανίζεται υψηλότερος με συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστογόνου. Η HRT αυξάνει την πυκνότητα του μαστού και μειώνει την ευαισθησία και ειδικότητα της εξέτασης του μαστού. Οι καρκίνοι που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης τείνουν να είναι λιγότερο προηγμένοι κλινικά από εκείνους που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες που δεν έχουν χρησιμοποιήσει HRT. Τρέχουσα στοιχεία δείχνουν ότι η HRT δεν αυξάνει τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού (21,27,28).

Εικόνα 7: Μαστογραφία ασθενούς πριν και μετά από τρία χρόνια θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης δείχνοντας αύξηση στην πυκνότητα που προκλήθηκε από την θεραπεία (20)



Πίνακας 2: Σχέση μεταξύ της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και της HRT (20)

Relationship of HRT to breast cancer development

Time on HRT	Breast cancers over the 20 years from age 50-70	Extra breast cancers in HRT users	Individual risk of women over 20 years
Never	45 per 1000	—	1 in 22
5 years use	47 per 1000	2 per 1000	1 in 21
10 years use	51 per 1000	6 per 1000	1 in 19
15 years use	57 per 1000	12 per 1000	1 in 17-18

Established and probable risk factors for breast cancer

Factor	Relative risk	High risk group
Age	> 10	Elderly
Geographical location	5	Developed country
Age at menarche	3	Menarche before age 11
Age at menopause	2	Menopause after age 54
Age at first full pregnancy	3	First child in early 40s
Family history	≥ 2	Breast cancer in first degree relative when young
Previous benign disease	4-5	Atypical hyperplasia
Cancer in other breast	> 4	
Socioeconomic group	2	Groups I and II
Diet	1.5	High intake of saturated fat
Body weight:		
Premenopausal	0.7	Body mass index > 35
Postmenopausal	2	Body mass index > 35
Alcohol consumption	1.3	Excessive intake
Exposure to ionising radiation	3	Abnormal exposure in young females after age 10
Taking exogenous hormones:		
Oral contraceptives	1.24	Current use
Hormone replacement therapy	1.35	Use for ≥ 10 years
Diethylstilbestrol	2	Use during pregnancy

2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση είναι μία κρίσιμη και συχνά παραμελημένη πτυχή της διαχείρισης του καρκίνου του μαστού. Δύο βασικά στοιχεία της διάγνωσης είναι πρώτον η επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου με βάση την κλινική αξιολόγηση και τη δειγματοληψία ιστού και δεύτερον οι δοκιμές με τους δείκτες απεικόνισης και όγκου που απαιτείται για το σχεδιασμό της θεραπείας (29). Παρακάτω θα παραθέσουμε τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να γίνει η διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Λήψη ιστορικού

Η λήψη του γενικού ιστορικού του ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντικό και θα πρέπει να προηγείται πριν από οποιαδήποτε διαδικασία. Έπειτα ακολουθεί η λήψη του ειδικού ιστορικού του ασθενή που σχετίζεται με το μαστό. Ιστορικό που έχει μεγάλη σημασία ιδιαίτερα για τον υπολογισμό του πιθανού κινδύνου προσβολής από καρκίνο του οργάνου. Πιο συγκεκριμένα, στο ιστορικό περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ιδιαίτερα σε 1^{ου} βαθμού συγγενείς (μητέρα, αδελφές, κόρες). Το γεγονός αυτό έχει μεγάλη σημασία ιδιαίτερα δε εάν συντρέχουν επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες (προεμμηνοπαυσιακή εμφάνιση αμφοτερόπλευρου καρκίνου μαστού σε συγγενή η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του οργάνου είναι πολύ μεγάλη). Στην συνέχεια υπάρχουν ερωτήσεις για την Ηλικία (>70% των καρκίνων του οργάνου σε ηλικία άνω των 50 ετών), την ύπαρξη όγκου (κλινικά χαρακτηριστικά), την μεταβολή της θηλής, έκκριση από τη θηλή που μπορεί να είναι: αιματηρή, γαλακτώδης, ορώδης, πυώδης ή κίτρινη. Ακόμα, ο επίμονος πόνος ή άλλο αίσθημα σε κάποιο σημείο του μαστού, το γυναικολογικό ιστορικό (ηλικία έναρξης και πέρατος της περιόδου, τελευταία έμμηνος ρύση), η ηλικία της 1^{ης} τελειόμηνης κύησης, εάν θήλασε η γυναίκα και εάν ναι για πόσο διάστημα, τυχόν ακτινοβόληση στο παρελθόν της περιοχής του θώρακα, προηγούμενες παθήσεις από το μαστό (ινοκυστική μαστοπάθεια), γενικά συμπτώματα (ανορεξία, απώλεια βάρους, δύσπνοια,

βήχας, οστικοί πόνοι) περιλαμβάνονται στην σύνταξη του ειδικού ιστορικού (30).

Κλινική εξέταση - αξιολόγηση

Το ιστορικό της γενικής υγείας του ασθενούς και των συγκεκριμένων στοιχείων που χαρακτηρίζουν τη νόσο του μαστού παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την κλινική αξιολόγηση της νόσου του μαστού και των συνθηκών συνοσηρότητας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις επιλογές θεραπείας. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Στην **επισκόπηση** η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή όρθια ή καθιστή. Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική, σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνηθέστερα είναι μεγαλύτερος του δεξιού). Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο επιφλέβου (ετερόπλευρο κυρίως), συρρίκνωσης ή προπέτειας, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης, που μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού» (Peau d ' Orange). Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής, ρίκνωσης ή έκκρισης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, επί εκκρίσεως δε εκ της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο δυνατό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό, γαλακτώδες κ.α. (29,30)

Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση λέμε στην ασθενή:

- ⊗ Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει καθλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά από τον φυσιολογικό.
- ⊗ Να κάνει επίκυψη, οπότε ο πάσχων μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προτίπτει.

- Ø Να φέρει τα χέρια της στη μέση (οσφύ) και να τα πιέσει οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό (30).

Στην **ψηλάφηση** μελετάμε τις διάφορες ανωμαλίες του μαστού, τη σύσταση του, μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη κάποιου όζου και να καθορίσουμε τη φύση του. Η ασθενής τοποθετείται ύπτια στο εξεταστικό κρεβάτι. Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην ωμοπλάτη διευκολύνει την εξέταση. Πριν από την ψηλάφηση και εφόσον η ασθενής γνωρίζει την ύπαρξη όζου, ερωτάται για τη θέση του. Η πληροφορία αυτή διευκολύνει τον εξεταστή. Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό. Έτσι αποκτά μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει. Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάχτυλα με την παλαμιαία επιφάνεια και των δυο χεριών συνήθως, με κυκλικές ήπιες κινήσεις ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του μαστού. Ολοκληρώνεται δε με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού. Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η παρουσία όζων οι οποίοι ανάλογα με τη σύστασή τους, την κινητικότητα τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους χαρακτηρίζονται σαν καλοήθεις ή κακοήθεις. Μέτρηση σε εκατοστά του μέτρου της μεγαλύτερης διαμέτρου του όγκου φανερώνει και το μέγεθος του. Συνοχή του όγκου προς το δέρμα ελέγχεται με ελαφρά έλξη του υπερκειμένου δέρματος μεταξύ του αντίχειρος και του δείκτη. Για την καλύτερη ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού, το σύστοιχο προς τη βλάβη άνω άκρο της ασθενούς φέρεται παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμμένο και χαλαρό. Το έσω ημιμόριο ψηλαφάτε καλύτερα όταν το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετηθεί κεκαμμένο πάνω από το κεφάλι της. Για τη διαπίστωση διήθησης του μείζονα θωρακικού μυός από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής, ενώ ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο κατά τον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Πίεση του άκρου από την ασθενή στη θέση αυτή με περιορισμό ή και

κατάργηση της κινητικότητας του όγκου κατά την προσπάθεια μετακίνησης του από τον εξεταστή κατά τους δυο ανωτέρω άξονες, φανερώνει διήθηση του μυός από τον όγκο. Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή, οπότε συσπάτε ο μυς και περιορίζεται η κινητικότητα του όγκου. Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχालιαίας κοιλότητας, των υπερκλειδίων και υποκλειδίων λεμφαδένων. Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, ο εξεταστής λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό δικό του, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάχτυλα του χεριού τεντωμένα και ενωμένα. Η ίδια διαδικασία, αλλά αντίστροφα, ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης. Λεμφαδένες 1-2 τον αριθμό, διαμέτρου μικρότερης των 5 χιλ., μη σταθεροί, ψηλαφώνται συχνά και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί. Αντίθετα, λεμφαδένες σταθεροί στην ψηλάφηση, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 χιλ. φανερώνουν διήθηση. Ο εξεταστής πρέπει να γνωρίζει ότι σε ένα 30% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οι αδένες είναι διηθημένοι έστω και αν η ψηλάφηση είναι αρνητική. Όταν ο εξεταστής νομίζει ότι υπάρχουν διηθημένοι αδένες, δικαιώνεται σε ένα 85% των περιπτώσεων (29,30).

Ο γιατρός πραγματοποιεί την κλινική εξέταση είτε γιατί παρουσιάστηκε κάποιο σύμπτωμα είτε στο πλαίσιο της ετήσιας προληπτικής εξέτασης (31). Η κλινική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 3 χρόνια σε γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών και γυναίκες από 40 ετών και άνω πρέπει να υποβάλλονται σε κλινική εξέταση μια φορά το χρόνο (32). Η πλήρη φυσική εξέταση πραγματοποιείται σε συνδυασμό με το CBE¹ παρέχοντας καθοδήγηση σχετικά με την έκταση της νόσου, την παρουσία μεταστατικής νόσου και την ικανότητα να ανέχεται περισσότερο σε επιθετικές θεραπευτικές αγωγές (29).

¹ CBE = clinical breast examination = κλινική εξέταση μαστού

Διαγνωστική Απεικόνιση

Η απεικόνιση του μαστού, αρχικά με υπερήχους και σε υψηλότερα επίπεδα πόρων με διαγνωστική μαστογραφία, βελτιώνει την προεγχειρητική διαγνωστική αξιολόγηση και επιτρέπει την απεικονιστικά καθοδηγούμενη δειγματοληψία των ύποπτων αλλοιώσεων. Η απεικόνιση παρέχει επίσης σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την έκταση της νόσου, η οποία βοηθά στο να καθοριστεί αν η διατήρηση του μαστού (ογκεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία) είναι μια επιλογή ή απαιτείται μαστεκτομή. Ο υπέρηχος είναι ιδιαίτερα πολύτιμος ως συμπλήρωμα της CBE στην παροχή λεπτομερειών σχετικά με το μέγεθος και την έκταση των μαζών και πυκνωτικών μέσων, ο οποίος βοηθά να διακριθούν καλοήθεις κύστες από στερεές αλλοιώσεις και χαρακτηρίζει το σχήμα και την ανάπτυξη μοτίβου των βλαβών. Η διαγνωστική μαστογραφία, ενώ είναι χρήσιμη για τη θεραπεία διατήρησης του μαστού, δεν είναι υποχρεωτική σε LMICs² όταν οι πόροι αυτοί δεν υπάρχουν. Ωστόσο, όταν η μαστογραφία προσυμπτωματικού ελέγχου είναι κοινή και όπου μη ψηλαφητοί, μη επεμβατικοί καρκίνοι συχνά διαγιγνώσκονται, η διαγνωστική μαστογραφία είναι κρίσιμη για τον καθορισμό του βαθμού της νόσου και της κατάλληλης επιλογής ασθενών για χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού σε σχέση με μαστεκτομή (33).

Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι κατάλληλη για ασυμπτωματικές γυναίκες. Η διαγνωστική μαστογραφία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει επιπλέον εξετάσεις, γίνεται για τις γυναίκες με ενδείξεις ή συμπτώματα του καρκίνου του μαστού. Οποιοδήποτε σημάδι του καρκίνου θα πρέπει να κοινοποιείται στον ακτινολόγο με την παραπομπή για διαγνωστική μαστογραφία. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου (ACS) και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου προτείνουμε μαστογραφίες κάθε χρόνο για τις ασυμπτωματικές γυναίκες από 40 χρόνων και άνω. Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, το ποσοστό επιβίωσης για

²low- and middle-income countries

τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού αυξάνεται δραματικά όταν διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο (34).

Πίνακας 4: Ποσοστό επιβίωσης γυναικών με καρκίνο του μαστού σε σχέση με το στάδιο διάγνωσης (35)

Five-Year Survival Rates in Women with Breast Cancer*	
STAGE AT DIAGNOSIS	SURVIVAL RATES (%)
Localized	96.8
Regional	75.9
Distant	20.6

*—Based on U.S. statistics from 1986 to 1993.
Reprinted with permission from American Cancer Society. *Breast cancer facts and figures*. Atlanta: American Cancer Society, 1997:14.

Δυστυχώς, μόνο το 60 τοις εκατό των καρκίνων διαγιγνώσκονται σε ένα τοπικό στάδιο (Πίνακας 5).² Η τακτική διαγνωστική εξέταση της μαστογραφίας μαζί με τακτική κλινική εξέταση μαστού προσφέρει την καλύτερη ευκαιρία για να αυξηθεί το ποσοστό αυτό.

Πίνακας 5: Στάδια διάγνωσης (35)

Stage of Diagnosis for Women with Breast Cancer*	
STAGE	PERCENTAGE DIAGNOSED
Localized	60
Regional	31
Distant	6

*—Based on U.S. statistics from 1986 to 1993.
Reprinted with permission from American Cancer Society. *Breast cancer facts and figures*. Atlanta: American Cancer Society, 1997:14.

Η διαγνωστική εξέταση σε γυναίκες από 50 έως 75 ετών, μειώνει σημαντικά το ποσοστό θανάτου από καρκίνο του μαστού. Παρόλο που η διαγνωστική εξέταση των γυναικών μεταξύ των ηλικιών 40 με 49 είναι αμφιλεγόμενη επειδή νεότερες μελέτες (36,37) δεν έδειξαν βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης σε γυναίκες που έλαβαν μαστογραφίες, αρκετές μελέτες τώρα δείχνουν μια σημαντική μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας στις γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας που έλαβαν μαστογραφίες (38,39).

Οι γυναίκες μεταξύ των ηλικιών 40 με 69 έχουν 30 τοις εκατό πιθανότητες μίας ψευδώς θετικής μαστογραφίας ή μίας εξέτασης του μαστού κατά τη διάρκεια μιας περιόδου των 10 ετών (40). Ψευδώς θετικά αποτελέσματα οδηγούν σε πρόσθετους ελέγχους, αυξημένο κόστος και περιττό άγχος. Τα ποσοστά των ψευδώς θετικών ελέγχων είναι υψηλότερα για τις νεότερες γυναίκες, επειδή τα λιγότερα ογκίδια του μαστού τους είναι κακοήθεις. Οι γυναίκες πρέπει να κατανοήσουν την πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων όταν έχουν μαστογραφίες.

Ενώ η σημασία της μαστογραφίας στη μείωση της θνησιμότητας στις γυναίκες μεταξύ των ηλικιών 40 έως 75 είναι καλά τεκμηριωμένη, η διαμάχη υπάρχει ως προς όφελός της σε γυναίκες ηλικίας άνω των 75 ετών. Οι μαστογραφίες σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων σε ηλικιωμένους ασθενείς, καθιστά δυνατή την ανίχνευση των όγκων σε σημαντικά νωρίτερα στάδια (40). Οι γυναίκες των οποίων το προσδόκιμο ζωής είναι πέντε έως 10 ετών θα πρέπει να συνεχίσει να υποβληθούν σε μαστογραφικό και κλινικό προσυμπτωματικό έλεγχο του μαστού.

Είναι πιθανό ότι η ετήσια διαγνωστική εξέταση σε νεότερες γυναίκες και η διαγνωστική εξέταση σε ηλικιωμένες γυναίκες κάθε δεύτερη χρονιά μπορεί να καθιερωθεί ως ευεργετική. Διαγνωστική εξέταση με αυτόν τον τρόπο δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί (41,42).

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να θυμόμαστε ότι το 10 με 15 τοις εκατό όλων των καρκίνων του μαστού δεν ανιχνεύονται από μια μαστογραφία. Μια προσεκτική

κλινική εξέταση του μαστού είναι επίσης απαραίτητη. Ένας ψηλαφητός όγκος του μαστού που δεν έχει φανεί σε μια μαστογραφία θα πρέπει να έχει έναν λεπτομερή διαγνωστικό έλεγχο συμπεριλαμβανόμενων των υπερήχων και της βιοψίας με βελόνα καθώς και της στενής παρακολούθησης.

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ACS (American Cancer Society) για την διαγνωστική εξέταση για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε ασυμπτωματικές γυναίκες χωρίς αυξημένους παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται στον Πίνακα 6 (43).

Πίνακας 6: Κατευθυντήριες οδηγίες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (35)

Guidelines for Early Detection of Breast Cancer in Women

AGE	AMERICAN CANCER SOCIETY GUIDELINES
20 to 39 years	Clinical breast examination every three years Monthly self-examination of breasts
Age 40 years and older	Annual mammogram Annual clinical breast examination Monthly self-examination of breasts

Information from Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, Linver M, Pressman P, McGinnis L, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of breast cancer: update 1997. CA Cancer J Clin 1997;47:150–3.

Ένα ειδικό απόσπασμα των Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ συστήνει έλεγχο ρουτίνας στις γυναίκες για καρκίνο του μαστού κάθε ένα με δύο χρόνια, μόνο με μαστογραφία ή μαστογραφία και την ετήσια κλινική εξέταση μαστού για τις γυναίκες ηλικίας 50 έως 69 (44). Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό της μετάλλαξης BRCA πρέπει να αρχίσουν ετήσια μαστογραφία μεταξύ της ηλικίας των 25 με 35 ετών (45).

Υπερηχογραφία

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος είναι χρήσιμος στην διαφοροποίηση μεταξύ συμπαγών και κυστικών όγκων του μαστού όταν ένας ψηλαφητός όγκος δεν φαίνεται καλά σε μια μαστογραφία. Το υπερηχογράφημα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε νεαρές γυναίκες με πυκνό μαστικό ιστό, όταν ένας ψηλαφητός όγκος δεν είναι ορατός σε μια μαστογραφία. Το υπερηχογράφημα δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την εξέταση ρουτίνας, κυρίως επειδή οι μικροασβεστοποιήσεις δεν είναι ορατές και η απόδοση των καρκινωμάτων είναι αμελητέες (46).

Ψηφιακή μαστογραφία

Η ψηφιακή μαστογραφία είναι παρόμοια με την κανονική μαστογραφία σε αυτήν όμως οι ακτινογραφίες χρησιμοποιούνται για την απεικόνιση του μαστού. Το πλεονέκτημα της ψηφιακής μαστογραφίας είναι ότι οι εικόνες αποθηκεύονται ψηφιακά και μπορούν να ενισχυθούν με την τροποποίηση της φωτεινότητας ή της αντίθεσης. Αυτές οι εικόνες μπορούν να μεταδοθούν μέσω τηλεφωνικών γραμμών για την εξ αποστάσεως σύσκεψη. Η διάγνωση με την βοήθεια του υπολογιστή εφαρμόζεται στις ψηφιακές εικόνες και χρησιμοποιείται για να αναγνωριστούν μη φυσιολογικές περιοχές που βρίσκονται στην μαστογραφία. Μπορεί να ενισχύσει την ακρίβεια των τακτικών μαστογραφιών. Παρά το γεγονός ότι οι αρχικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ψηφιακή μαστογραφία είναι τόσο ακριβής όσο και η κανονική ακτινογραφία, ο εξοπλισμός αυτός δεν έχει επισημανθεί για το σκοπό αυτό από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (35).

Βιοψία

Οι τρεις τεχνικές βιοψίας μαστού στην τρέχουσα χρήση εφαρμόζονται σε διαφορετικές διαγνωστικές καταστάσεις. Η FNA (Fine-needle aspiration / Λεπτής βελόνης) βιοψία γενικά χρησιμοποιεί μια βελόνα 20-Διάμετρο για τη λήψη δειγμάτων από συμπαγές όγκο για κυτταρολογική εξέταση. Το

υπερηχογράφημα ή η στερεοτακτική καθοδήγηση χρησιμοποιείται για να βοηθήσει την συλλογή της FNA από μη ψηλαφητά εξογκώματα. Στην βιοψία πυρήνα χρησιμοποιείτε μια βελόνα 14-Διαμέτρου ή παρόμοιο βελόνα για την απομάκρυνση των πυρήνων του ιστού από έναν όγκο. Αυτή η βιοψία μπορεί να πραγματοποιηθεί με υπερήχους ή στερεοτακτική καθοδήγηση και απαιτεί μια μικρή τομή στο δέρμα και τοπική αναισθησία. Η βιοψία εκτομής γίνεται όταν οι βιοψίες με βελόνα είναι αρνητικές, αλλά ο όγκος στην κλινική διάγνωση είναι υποψία κακοήθειας. Η εκτομή μπορεί να είναι η αρχική διαδικασία της επιλογής, εάν η πιθανότητα κακοήθειας είναι υψηλή. Αν ο όγκος δεν είναι ψηλαφητός, η βελόνα εντοπισμού³ του όγκου μπορεί να γίνει πριν από τη βιοψία. Αυτές οι βιοψίες συνήθως χρειάζονται μόνο τοπική αναισθησία με ενδοφλέβια νάρκωση και μπορεί να γίνει ως εξωνοσοκομειακή διαδικασία (35).

Δειγματοληψία ιστού

Η βιοψία με βελόνα προτιμάται έναντι της χειρουργικής εκτομής για την αρχική διάγνωση των πιο ύποπτων βλαβών μαστού. Αν οι περιορισμοί των πόρων αποκλείουν αυτήν την επιλογή, τότε η χειρουργική εκτομή είναι απαραίτητη. Η μαστεκτομή δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος διάγνωσης ιστού. Είτε ο ιστός λαμβάνεται με δείγμα βελόνας είτε με χειρουργική εκτομή, το δείγμα θα πρέπει να υποβληθεί σε επεξεργασία και στη συνέχεια να αξιολογούνται από έναν παθολόγο για να διαπιστωθεί αν η ασθένεια είναι κακοήθεις ή καλοήθεις καθώς επίσης και εάν είναι επεμβατική ή μη επεμβατική (47).

Δείκτες όγκου

Μόλις γίνει μια διάγνωση του καρκίνου, πρόσθετες δοκιμές παρέχουν πληροφορίες στις οποίες θα βασιστούν οι επιλογές της φαρμακοθεραπείας. Για παράδειγμα, η ταμοξιφένη και οι αναστολείς αρωματάσης είναι προσιτά γενόσημα από του στόματος φάρμακα που είναι αρκετά αποτελεσματικά στην

³ Needle (Wire) Localization Biopsy

αντιμετώπιση των ER⁴-θετικών καρκίνων με σχετικά διαχειρίσιμες παρενέργειες, αλλά αυτοί οι παράγοντες είναι σχετικώς αναποτελεσματικοί εναντίον των ER-αρνητικών καρκίνων (48). Η διαθεσιμότητα των δοκιμών ER είναι κρίσιμης σημασίας για την ορθή επιλογή της θεραπείας του καρκίνου, όταν οι ενδοκρινικές θεραπείες είναι διαθέσιμες. Η συνηθισμένη δοκιμή βασίζεται σε ανοσοϊστοχημικές μεθόδους (IHC), όπου η αξιολόγηση της ποιότητας της μεθοδολογίας δοκιμών είναι σημαντική για την αποφυγή ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (49,50). Οι HER2/neu δοκιμές ογκογονιδίου παρέχουν πληροφορίες για τη σχετική επιθετικότητα του καρκίνου (Οι HER2 / νευρώνες θετικών καρκίνων είναι πιο επιθετικοί), καθώς επίσης και για την πιθανή ευαισθησία του φαρμάκου για τον καρκίνο (51). Ωστόσο, το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για τον HER2/neu-θετικό καρκίνο είναι η τραστουζουμάμπη, η οποία είναι απρόσιτη στις περισσότερες περιοχές. Λιγότερο ακριβές θεραπείες είναι υπό διερεύνηση (52).

2.4.1. Αξιολόγηση των συνηθισμένων προβλημάτων του Καρκίνου του Μαστού στην διάγνωση

Κύστες

Μια κύστη μπορεί να διαγνωστεί με απεικόνιση υπερήχων. Μια απλή κύστη είναι στρογγυλή ή έχει ωοειδές σχήμα με αιχμηρά περιθώρια και διαθέτει εσωτερική ηχώ, αλλά έχει οπίσθια ακουστική ενίσχυση. Μια κύστη με ακανόνιστο τοίχωμα μπορεί να σημαίνει ενδοκυστικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα δίπλα στην κύστη, και τα δύο από τα οποία είναι σπάνια. Μια απλή κύστη μπορεί να αναρροφάται εάν είναι συμπτωματική. Η αναρρόφηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη χρήση υπερήχων εντοπισμού εάν ο όγκος δεν είναι προφανής. Αν η κύστη εμφανιστεί ξανά, μπορεί να αφαιρεθεί επανειλημμένα αν συνεχίζει να είναι συμπτωματική. Οποιοσδήποτε εναπομείναντας όγκος μετά την αναρρόφησης της κύστης θα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω (35).

⁴ ER = estrogen receptor = Υποδοχείς οιστρογόνου

Συμπαγής όγκοι

Ένας κλινικά ύποπτος όγκος θα πρέπει να παρακολουθηθεί, ακόμη και αν τα μαστογραφικά ευρήματα είναι φυσιολογικά. Ογκεκτομή πρέπει να γίνει για ύποπτους όγκους και θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα περιθώριο 1cm φυσιολογικού ιστού. Η FNA βιοψία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως η αρχική διαγνωστική εξέταση. Κάθε συμπυκνωμένη περιοχή που δεν εμφανίζεται κλινικά ύποπτη μπορεί να υποβληθεί σε παρακολούθηση εάν οι μελέτες με βιοψία βελόνας και απεικόνισης είναι αρνητικές. Αυτοί οι όγκοι θα πρέπει να υποβάλλονται σε στενή παρακολούθηση με επαναλαμβανόμενη φυσική εξέταση σε δύο μήνες και επανάληψη απεικόνισης σε έξι μήνες (35).

Έκκριση θηλής

Η έκκριση θηλής θεωρείται ύποπτη εάν συνδέεται με όγκο, που προέρχεται από έναν μόνο πόρο, είναι αυθόρμητη και είναι αιματηρή. Η έκκριση που είναι πράσινη ή μαύρη και προέρχεται από περισσότερους από έναν πόρους είναι φυσιολογική. Μία ασθενής με διμερή, γαλακτώδες έκκριση θηλής πρέπει να αξιολογηθεί για προλακτίνωμα. Η κυτταρολογική εξέταση της έκκρισης είναι χρήσιμη σπάνια. Η μαστογραφία πρέπει να ληφθεί για μια ύποπτη έκκριση, ακόμη και αν τα αποτελέσματα είναι συνήθως αρνητικά. Μια ύποπτη έκκριση από έναν μόνο πόρο μπορεί να αξιολογηθεί με ductogram⁵ με την τοποθέτηση ενός μικρού καθετήρα μέσα στον πόρο και την έγχυση μιας μικρής ποσότητας του υλικού αντίθεσης (53).

Πόνος στο στήθος

Ο πόνος στο στήθος είναι ένα συχνό παράπονο που συνήθως προκαλείται από μία μόνο κύστη ή μια περιοχή με ινοκυστική αλλαγή. Ενώ ο πόνος του μαστού σπάνια αποτελεί ένδειξη καρκίνου, δεν εξαλείφει την πιθανότητα. Αν η

⁵ Είναι μια εξέταση ακτινογραφίας που χρησιμοποιεί η μαστογραφία, ένα σύστημα ακτίνων Χ χαμηλής δόσης για την εξέταση των μαστών, και ένα υλικό αντίθεσης για την απόκτηση εικόνων, που ονομάζεται galactograms, από το εσωτερικό του μαστού γαλακτοφόρων πόρων.

μαστογραφία και η κλινική εξέταση δεν είναι ενδεικτικά του καρκίνου, οι ινοκυστικές αλλαγές είναι η πιο πιθανή αιτία του πόνου. Εξηγώντας την αιτία του πόνου θα καθησυχαστούν οι περισσότεροι ασθενείς. Οι θεραπείες για τις παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν μη ναρκωτική αναλγησία και εφαρμογή ενός σταθερού στηθόδεσμο υποστήριξης. Η εξάλειψη της σοκολάτας και της καφεΐνης από τη διατροφή ή η χρήση βιταμίνης E δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι ευεργετική σε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Τα ανδρογόνα δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ινοκυστικής κατάστασης του μαστού (54,55).

Εγκυμοσύνη

Κάθε όγκος σε έγκυες ή θηλάζουσες γυναίκα θα πρέπει να αξιολογηθεί προσεκτικά. Περίπου 2 τοις εκατό των καρκίνων του μαστού διαγιγνώσκονται σε έγκυες γυναίκες. Το υπερηχογράφημα απεικόνισης και η FNA κυτταρολογία είναι τα πρώτα βήματα στην αξιολόγηση του όγκου σε μια έγκυο γυναίκα (56).

2.4.2. Αυτοεξέταση Μαστού

Η αυτοεξέταση του μαστού είναι μια τεχνική στην οποία μια γυναίκα εξετάζει τα δικά της στήθη, βλέποντας και αισθάνοντας με τα δάχτυλα της, για να μπορέσει να ανιχνεύσει εξογκώματα στον μαστό. Ο σκοπός της αυτοεξέτασης του μαστού είναι:

- Να αυξηθεί η εξοικείωση με τον μαστό
- Να ανιχνευτεί η παρουσία εξογκωμάτων στους μαστούς σε πρώιμο στάδιο
- Να ψάξουν για τυχόν μη φυσιολογικές αλλαγές στα στήθη

Η αυτοεξέταση των μαστών κάθε μήνα μετά τον έμμηνο κύκλο είναι ο πιο απλός αλλά εξαιρετικά σημαντικός τρόπος για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού (57). Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες μπορούν να

ανιχνεύσουν το 95% των καρκίνων του μαστού και το 65% των πρόωρων ελάχιστων καρκίνων του μαστού από μόνες τους (58). Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου. Το μοντέλο υγείας πεποιθήσεων (HBM - Health Belief Model) δείχνει ότι αν μια γυναίκα αντιλαμβάνεται τον εαυτό της σε κίνδυνο τότε είναι πιο πιθανό να ασκήσει την αυτοεξέταση του μαστού (59). Εκτιμάται ότι η αυτοεξέταση των μαστών μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα κατά 18% και ότι το ποσοστό αυτό μπορεί να αυξηθεί με τις γυναίκες που είναι ιδιαίτερα ικανές (60). Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη στρατηγικών για την αύξηση των επιδόσεων της είναι μια μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Η αυτοεξέταση του μαστού έχει σχεδιαστεί ειδικά για την ανίχνευση του όγκου σε πρώιμο στάδιο, όταν το μικρό ανώδυνο εξόγκωμα του καρκίνου συχνά αγνοείται. Αυτή η μέθοδος είναι αβλαβής, λιγότερο χρονοβόρα και μπορεί να πραγματοποιηθεί από οποιαδήποτε γυναίκα. Αν και λίγα είναι γνωστά για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, οι πιθανότητες επιβίωσης φαίνεται να είναι καλές, εφόσον διαπιστωθεί έγκαιρα και αντιμετωπίσει αμέσως. Η συνολική θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι 30-40%. Προσεγγίζει το 85%, όταν ο καρκίνος ανιχνεύεται σε πρώιμο στάδιο (61).

Η σωστή αυτοεξέταση του μαστού απαιτεί ειδικές οδηγίες. Κατά συνέπεια, η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία ξεκίνησε ένα εκτεταμένο πρόγραμμα δημόσιας εκπαίδευσης με στόχο τη διδασκαλία σε γυναίκες για το πώς να εξετάζουν τα στήθη τους. Ακόμα ένα επαγγελματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σχεδιάστηκε για να παροτρύνει τους γιατρούς να διδάξουν αυτές τις τεχνικές στους ασθενείς τους. Έγιναν ταινίες για μικρά και μεγάλα ακροατήρια, φυλλάδια και αφίσες προετοιμάστηκαν για ευρεία διανομή και ανακοινώσεις τηλεοπτικών σποτ.

Μία από τις σημαντικότερες στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας είναι μέσω της εκπαίδευσης των έφηβων κοριτσιών στα σχολεία. Απλά μηνύματα για την υγεία δίνονται σε αυτά τα παιδιά και μπορούν να αποδειχθούν μια ευλογία σε μακροπρόθεσμη βάση για την υιοθέτηση κατάλληλων τρόπων ζωής για την πρόληψη των παραγόντων κινδύνου καρκίνου, όπως η

παχυσαρκία και η ενστάλαξη της συνήθεια της τακτικής αυτοεξέτασης του μαστού για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στη μετέπειτα ζωή τους (62).

2.4.2.1. Μέθοδοι της αυτοεξέτασης του μαστού

Υπάρχουν δύο μέθοδοι για να γίνει η αυτοεξέταση των μαστών. Η μία είναι ο οπτικός έλεγχος και η δεύτερη είναι η ψηλάφηση (62).

Οπτικός έλεγχος

Ο οπτικός έλεγχος του μαστού θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα ακόλουθα βήματα:

- Ø Σταθείτε μπροστά από έναν καθρέφτη με τα χέρια σας σε μια χαλαρή θέση στο πλευρό σας με επαρκές φως και γδυθείτε μέχρι τη μέση
- Ø Κρατήστε τα χέρια πάνω από το κεφάλι, ενώ κοιτάζεται τον καθρέφτη ευθέως και γυρίστε από πλευρά σε πλευρά
- Ø Κλίνετε προς τα εμπρός και επιθεωρήστε τα στήθη προσεκτικά. Ψάξτε για παραμόρφωση στο σχήμα, το μέγεθος των μαστών, διάβρωση ή πτύχωση του δέρματος πάνω από το στήθος, διόγκωση, ανεστραμμένες ή εισελκομένες θηλές ή έκκριση από τις θηλές
- Ø Σε κάθε επόμενη εξέταση, επικεντρώνεστε σε αλλαγές που δεν παρατηρήθηκαν σε προηγούμενες εξετάσεις (62).

Ψηλάφηση

Ο μαστός μπορεί να γίνει αισθητός ή να ψηλαφείτε καλύτερα στο μπάνιο κατά τη διάρκεια του μπάνιου ή ενώ βρίσκεται οριζόντια στο κρεβάτι πάνω από ένα μαξιλάρι κάτω από το στήθος για να εξεταστεί από τη χρήση της μεθόδου Twelve stroke clock (βλέπε εικόνα 6).

Εικόνα 8: Μέθοδος Twelve stroke clock (62)

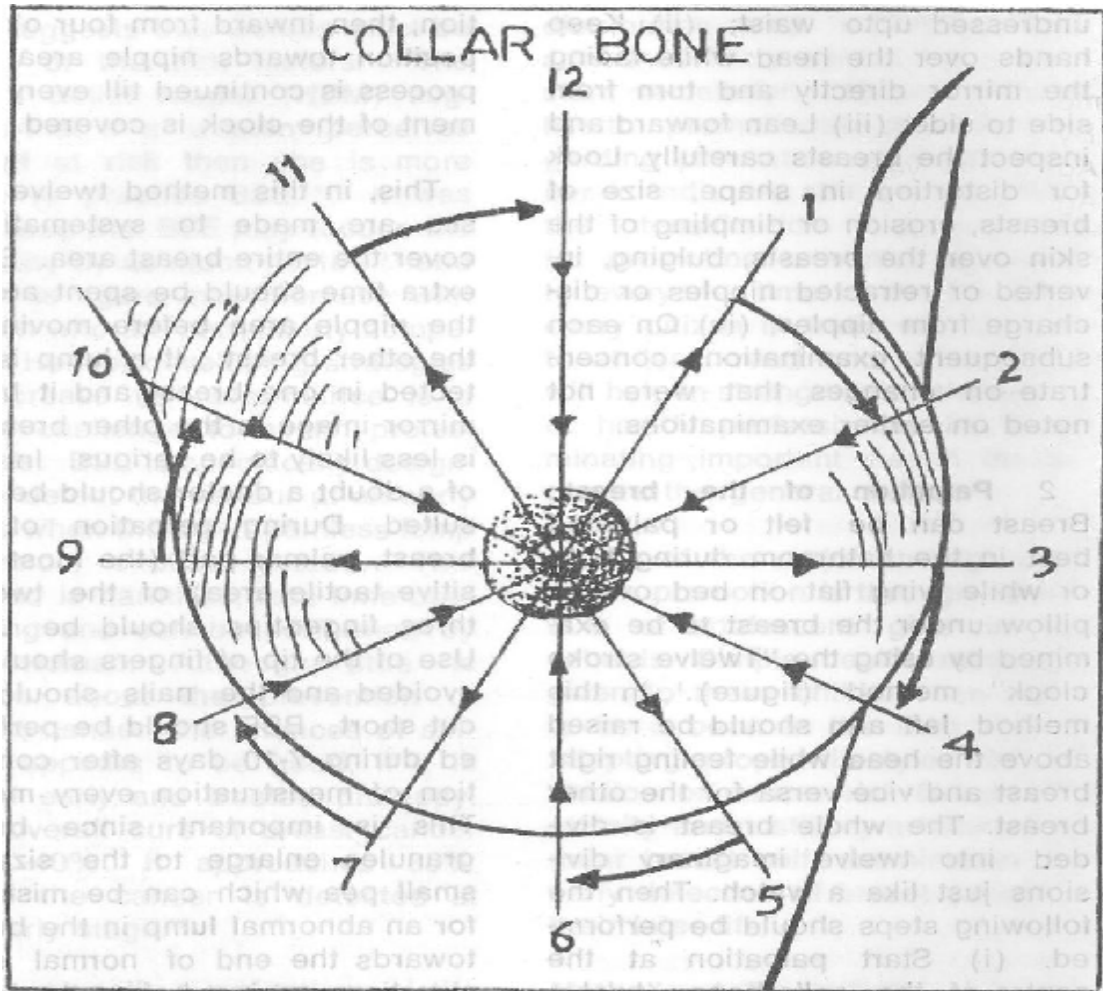


Figure 1: Twelve Stroke Clock method of palpation of breast

Σε αυτή τη μέθοδο, το αριστερό χέρι θα πρέπει να υπερυψωθεί πάνω από το κεφάλι, ενώ αισθάνεται ο δεξιός μαστός και αντίστροφα για τον άλλο μαστό. Το σύνολο του μαστού χωρίζεται σε δώδεκα φανταστικό τμήματα ακριβώς όπως ένα ρολόι. Στη συνέχεια, θα πρέπει να εκτελούνται τα ακόλουθα βήματα:

- ☐ Ξεκινήστε την ψηλάφηση στο κέντρο του κλειδοκόκκαλου (Στην θέση δώδεκα η ώρα).
- ☐ Κάντε μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων και προωθήστε τις προς τα κάτω προς τις θηλές.

- Ø Προωθήστε προς τα έξω από τις θηλές στη θέση μία. Νιώστε γύρω από τη μασχάλη.
- Ø Στη συνέχεια, εργαστείτε με τον τρόπο σας γύρω από τη θέση δύο. Από αυτό το σημείο προχωρήσει πίσω προς τα μέσα προς την περιοχή της θηλής.
- Ø Από τη θηλή, κινηθείτε προς τα έξω προς τη θέση τρεις η ώρα, στη συνέχεια, προς τα μέσα από την θέση τέσσερις η ώρα για την περιοχή της θηλής. Η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να καλυφθεί κάθε τμήμα του ρολογιού (62).

Με τη μέθοδο αυτή κάνοντας τα δώδεκα περάσματα καλύπτεται συστηματικά ολόκληρη η περιοχή του στήθους. Κάποιος επιπλέον χρόνος θα πρέπει να δαπανηθεί γύρω από την περιοχή της θηλής πριν από τη μετάβαση στον άλλο μαστό. Αν ένα εξόγκωμα εντοπιστεί στον ένα μαστό και έχει ένα είδωλο στον άλλο μαστό, είναι λιγότερο πιθανό να είναι σοβαρές. Σε περίπτωση αμφιβολίας θα πρέπει να συμβουλευθείτε γιατρό. Κατά τη διάρκεια ψηλάφησης του μαστού, παλαμιαία μαξιλαράκια (η πιο ευαίσθητη στην αφή περιοχή) των δύο ή τριών δακτύλων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Η χρήση του άκρου των δακτύλων πρέπει να αποφεύγεται και τα νύχια θα πρέπει να είναι κομμένα. Η αυτοεξέταση του μαστού θα πρέπει να εκτελείται κατά τη διάρκεια των 7-10 ημερών μετά την ολοκλήρωση της εμμήνου ρύσεως κάθε μήνα. Αυτό είναι σημαντικό, δεδομένου ότι οι κόκκοι του μαστού μεγαλώνουν σε μέγεθος σαν ένα μικρό μπιζέλι και μπορεί να εκληφθούν για ένα μη φυσιολογικό όγκο στο μαστό προς το τέλος της κανονικής εμμηνόρροιας και λίγο πριν από την έναρξη της ροής του αίματος. Χρειάζονται μόνο 10 λεπτά για να εκτελεστεί ένας μόνο γύρος της αυτοεξέτασης των μαστών (62).

2.5. ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση μιας ασθενούς με καρκίνο του μαστού είναι η ταξινόμηση της νόσου της ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M). Αυτό το σύστημα (TNM της American Joint Committee) μας επιτρέπει να κάνουμε μια στατιστική πρόγνωση της πορείας της ασθενούς, αλλά και μας βοηθά, σε συνδυασμό με άλλους προγνωστικούς και προβλεπτικούς, βιολογικούς παράγοντες, στην επιλογή της πλέον κατάλληλης θεραπείας για την συγκεκριμένη ασθενή.

Διακρίνουμε τέσσερα στάδια:

Στο «Στάδιο 0» περιλαμβάνεται ο καρκίνος in situ που εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του, δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς και δεν έχει δυνατότητα μετάστασης.

Στο «Στάδιο I» ο όγκος είναι μικρότερος από 2 εκ. και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία (T1N0M0).

Στο «Στάδιο II» διακρίνουμε το II-A που περιλαμβάνει τις κατηγορίες T0N1M0 (δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου αλλά έχουμε μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες), T1N1M0 (όγκος μικρότερος από 2 εκ. και θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες), T2N0M0 (όγκος μεγαλύτερος από 2 εκ. αλλά μικρότερος από 5 εκ. και χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες) και το Στάδιο II-B που περιλαμβάνει τις κατηγορίες T2N1M0 (όγκος μεταξύ 2-5 εκ. και θετικοί λεμφαδένες) και T3N0M0 (όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ. χωρίς όμως λεμφαδενικές μεταστάσεις).

Στο «Στάδιο III-A» περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0 (καθορίζεται κυρίως από όγκο μεγαλύτερο από 5 εκ. ή εκτεταμένη προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους). Στο «Στάδιο III-B» περιλαμβάνονται οι

ασθενείς που παρουσιάζουν επέκταση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή διήθηση – εξέλκωση του δέρματος.

Τέλος, στο «Στάδιο IV» περιλαμβάνονται ασθενείς με όγκο οποιουδήποτε μεγέθους που παρουσιάζουν όμως απομακρυσμένες μεταστάσεις (63).

2.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχουν σταδιακά αυξήσει το όριο επιβίωσης από την ασθένεια. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις όπως το στάδιο του όγκου, η ηλικία (η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσιακή και μετεμμηνοπαυσιακή) το μέγεθός του όγκου, η ταξινόμησή του κάτω από το μικροσκόπιο και η ορμονοεξάρτησή του. Για τα αρχικά στάδια της νόσου συνήθως συστήνεται η χειρουργική αφαίρεση μέρους ή ολόκληρου του μαστού, ενώ επέρχεται η ακτινοθεραπεία στην περιοχή προκειμένου να καταστραφούν όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν απομείνει στην περιοχή. Ενδέχεται να χορηγηθεί από τον θεράποντα ιατρό επιπρόσθετη φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τον καλύτερο έλεγχο και για προληπτικούς λόγους στην εξάπλωση του καρκίνου του μαστού.

Αυτή η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ή ακόμα και τον συνδυασμό τους. Αν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο ή η ασθένεια έχει προχωρήσει σε μεταγενέστερο χρόνο, τότε ενδείκνυται η χορήγηση της χημειοθεραπείας ή και της ορμονοθεραπείας. Το είδος και η ποσότητα των φαρμάκων που θα χορηγηθούν εξαρτώνται από τα όργανα που έχουν προσβληθεί (30,64).

2.6.1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό, δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστού.

Έτσι σήμερα η μαστεκτομή μπορεί να είναι πολλών ειδών. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου,

από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας (65).

Τα είδη μαστεκτομής που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

Ευρεία τοπική εκτομή - Ογκεκτομή - Τμηματεκτομή

- ü Καλό κοσμητικό αποτέλεσμα
- ü Απαραίτητη προϋπόθεση η πλήρης εκτομή του όγκου, με ελεύθερα χειρουργικά όρια
- ü Μπορεί να συνδυασθεί με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης (διαφορετική τομή) και ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο το μαστό

Τα κριτήρια για την επιλογή των εκτομιών αυτών είναι :

1. Όγκος μικρότερος από 4 εκ.
2. Να το επιτρέπει η σχέση της διαμέτρου του όγκου με το μέγεθος του μαστού
3. Να μην προσφύεται ο όγκος στους μύες ή στο θωρακικό τοίχωμα
4. Να μη διηθεί το υπερκείμενο δέρμα
5. Να μην έχει πολυκεντρική εμφάνιση
6. Να μην υπάρχουν λεμφαδενικές μάζες (66).

Υποδόρια μαστεκτομή

Δεν πρέπει να κατατάσσεται στις επεμβάσεις που είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, καθώς επιτρέπει την παραμονή εκτός της θηλαίας άλου και υπόλοιπου μαστού μετά την εκτέλεσή της.³⁹ Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής (30).

Απλή μαστεκτομή

Η απλή μαστεκτομή περιλαμβάνει την εξαίρεση ολόκληρου του μαζικού αδένα χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Ενδείκνυται σε ασθενείς με λοβιακό ή πορογενές καρκίνωμα in situ . Αυτή η μέθοδος από μόνη της είναι ανεπαρκής για παροχή ιδανικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού, και για τον λόγο αυτό, συνδυάζεται με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (30,67).

Μερική μαστεκτομή

Η εγχείρηση αυτή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα, και λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχάλης και σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δύο εκατοστά ή και μικρότερων. Μειονέκτημα αυτής της τεχνικής αποτελεί ο μετεγχειρητικός φόβος για την ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας (67).

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Στην κοινή χειρουργική πρακτική ο τύπος αυτός της εγχείρησης περιλαμβάνει τη διατήρηση του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός. Απαιτείται η συναφαίρεση και των ομάδων λεμφαδένων της μασχάλης που είναι δυνατό να απομακρυνθούν σε ενιαίο παρασκεύασμα με το μαστό ικανοποιητικά, χωρίς την εκτομή των μυών. Η επέμβαση αυτή είναι σήμερα η ευρύτερα εφαρμοσμένη (30,66).

Η κατά Patey τροποποίηση, διατηρεί το μείζονα θωρακικό μυ αλλά αφαιρεί τον ελάσσονα θωρακικό με σκοπό να γίνει εφικτή η καλύτερη αφαίρεση των λεμφαδένων και των τριών επιπέδων (30).

Ριζική μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαζικού αδένα μαζί με τους θωρακικούς μύες (μείζονα και ελάσσονα), με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας και με το υπερκείμενο δέρμα και τη θηλή. Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους, καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου. Εμφανίζει αυξημένη νοοτροπία, γιατί προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος, παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας (30,68).

Ουγκεκτομή

Η ουγκεκτομή είναι η αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιλαμβάνει τον όγκο ή και μόνο του όγκου. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με νεόπλασμα σταδίου 1 και συμπληρώνεται από ακτινοθεραπεία. Συνήθως σήμερα χρησιμοποιείται η μαστεκτομή και η ουγκεκτομή. Οι ριζικές και υπερριζικές επεμβάσεις εγκαταλείφθηκαν τα τμηματεκτομή στα στάδια 1 και 2 και συνδυάζονται με ακτινοβολίες και καθαρισμό μασχάλης (30).

2.6.2. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου του μαστού και βασίζεται στο ότι δεν θεραπεύει το νεόπλασμα, αλλά επιβραδύνει την εξέλιξη του και περιορίζει τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά και ασκούν δηλητηριώδη δράση και στα κακοήθη αλλά και στα υγιή κύτταρα. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, είναι πιο πολύ ευπαθή στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και έτσι τα παρεμποδίζουν από το να κάνουν μεταστάσεις. Τα υγιή κύτταρα και ιδίως του μυελού των οστών που εμφανίζουν έντονη δραστηριότητα, εκτίθενται στη δράση των χημειοθεραπευτικών και είναι πολύ δύσκολο να υπολογισθεί το

όριο δόσης αυτών των φαρμάκων, ώστε να καταστραφούν τα παθολογικά κύτταρα χωρίς να επηρεαστούν τα φυσιολογικά (30).

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- Ø Από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
- Ø Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- Ø Από την κατάσταση της ασθενούς
- Ø Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- Ø Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών
- Ø Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο
- Ø Από την ύπαρξη απειλητικών για τη ζωή σπλαχνικών μεταστάσεων
- Ø Μετά από επιδείνωση της νόσου από ορμονοθεραπεία πρώτης γραμμής
- Ø Από την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης χορήγησης χημειοθεραπείας (69)

Υπάρχουν σήμερα τουλάχιστον 80 διαφορετικά είδη χημειοθεραπευτικών φαρμάκων τα οποία κάποτε αποκαλούνται αντικαρκινικά φάρμακα. Ο κάθε τύπος χημειοθεραπευτικού φαρμάκου έχει το δικό του τρόπο δράσης. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους. Η χημειοθεραπεία που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το είδος του καρκίνου που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και την έκταση που έχει πάρει στον οργανισμό τόσο τοπικά όσο και σε επίπεδο μεταστάσεων.

Η χημειοθεραπεία φτάνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του σώματος. Αυτό βοηθά στην εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που έχουν διασκορπιστεί από την αρχική εστία του καρκίνου. Στον εγκέφαλο και στους ορχίς, η διείσδυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι χαμηλή. Έτσι στα εν λόγω όργανα μπορεί να χρειαστεί διαφορετική θεραπεία (70).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω δυστυχώς τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν όχι μόνο καρκινικά κύτταρα αλλά και τα υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα συνήθως δεν ανακάμπτουν μετά από την έκθεση τους στη χημειοθεραπεία, τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να αναζωογονηθούν και να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά.

Τα κύτταρα της βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος, δηλαδή αυτά που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια του στόματος, του οισοφάγου, του στομάχου και του εντέρου όπως επίσης και τα κύτταρα που δημιουργούν τις τρίχες και τα κύτταρα του μυελού των οστών που δημιουργούν το αίμα, είναι πολύ ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία λόγω του ότι ανανεώνονται συνεχώς. Είναι για το λόγο αυτό που οι ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία παθαίνουν στοματίτιδα, άφθες στο στόμα, έχουν ενοχλήσεις στο στομάχι, χάνουν τα μαλλιά τους και νιώθουν έντονη κόπωση και αδυναμία (30).

2.6.3. Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι μια μορφή αντινεοπλασματικής θεραπείας που χορηγείται με επιτυχία στα ευαίσθητα κακοήθη νεοπλασμάτα, όπως ο καρκίνος του μαστού. Τα οιστρογόνα και τα προγεστεροειδή και οι αντίστοιχοι υποδοχείς τους (οιστρογονικοί - προγεστερονικοί) αποτελούν καθοριστικούς ρυθμιστικούς παράγοντες του πολλαπλασιασμού, της διαφοροποίησης και της απόπτωσης των φυσιολογικών κυττάρων του μαστού. Αντίστοιχα, δρουν και στα καρκινικά κύτταρα του μαστού επάγοντας τον πολλαπλασιασμό και την αύξηση. Τα οιστρογόνα (E) συνδέονται με τους πυρηνικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (estrogen receptors - ER) και το δημιουργούμενο σύμπλεγμα E-ER τροποποιεί τη μεταγραφή γονιδίων-στόχων.

Οι ενδοκρινικοί χειρισμοί στη θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι αφαιρετικοί, προσθετικοί, ανταγωνιστικοί και ανασταλτικοί.

Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο ως εισαγωγική και προεγχειρητική θεραπεία, ως συμπληρωματική αγωγή και τέλος ως προφύλαξη από ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο.

Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφαίνης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής. Ως συμπληρωματική θεραπεία οι αντιαρωματάσες φαίνεται επίσης να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού.

Σήμερα υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που πείθουν ότι μετά από 5 χρόνια χορήγησης ταμοξιφαίνης η χορήγηση λετροζόλης παρατείνει το χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου. Αντίστοιχα, καλά αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν όταν η ταμοξιφαίνη μετά πάροδο 2-3 ετών αντικατασταθεί από την εξαμεστάνη για 2-3 χρόνια.

Τέλος, η χορήγηση αντιαρωματικών, όταν γίνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού ελαττώνει την επίπτωση εμφάνισης διηθητικού και μη διηθητικού καρκίνου μαστού σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η ταμοξιφαίνη (70).

2.6.4. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου στο μαστό και στις γεινιάζουσες περιοχές. Χορηγείται συμπληρωματικώς μετά από την εγχείρηση για τη θεραπεία της υπολειμματικής νόσου, με σκοπό την ελάττωση τοπικών υποτροπών. Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι μαστεκτομή για προχωρημένα στάδια ή μόνο αφαίρεση του όγκου όταν πρόκειται για αρχικά στάδια.

Η ακτινοθεραπεία μετά από τη μαστεκτομή μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου μαστού. Η πιο πιθανή εξήγηση για το γεγονός ότι υπάρχει βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών λόγω ακτινοθεραπείας μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση στα αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, είναι ότι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ασθένειας τοπικά.

Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί την αφαίρεση του όγκου, μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του, στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε. Πετυχαίνοντας αυτό, μειώνει τον κίνδυνο για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού.

Σύμφωνα με τις συστάσεις των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών, η ακτινοθεραπεία είναι αναγκαία για όλες τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση (ογκεκτομή) για καρκίνο του μαστού. Επίσης για τις πλείστες περιπτώσεις συστήνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να σκοτώσει όλα τα υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να παραμένουν είτε τοπικά στο μαστό είτε αλλού στο σώμα.

Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο λόγω ακτινοβολίας της καρδιάς και έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι μακροχρόνιων επιπλοκών (69,70).

Η ακτινοθεραπεία μετά από τη μαστεκτομή μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου μαστού (71).

2.7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διαγνωστική εξέταση όπως εφαρμόζεται σήμερα μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα, αλλά όχι την επίπτωση, και τότε μόνο σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Οι πρόοδοι στην θεραπεία έχουν παραγάγει σημαντικά αλλά μέτρια οφέλη επιβίωσης. Μια καλύτερη εκτίμηση των παραγόντων, σημαντικών στην αιτιολογία της καρκίνου του μαστού, θα αυξήσει τη δυνατότητα της πρόληψης των ασθενειών (20).

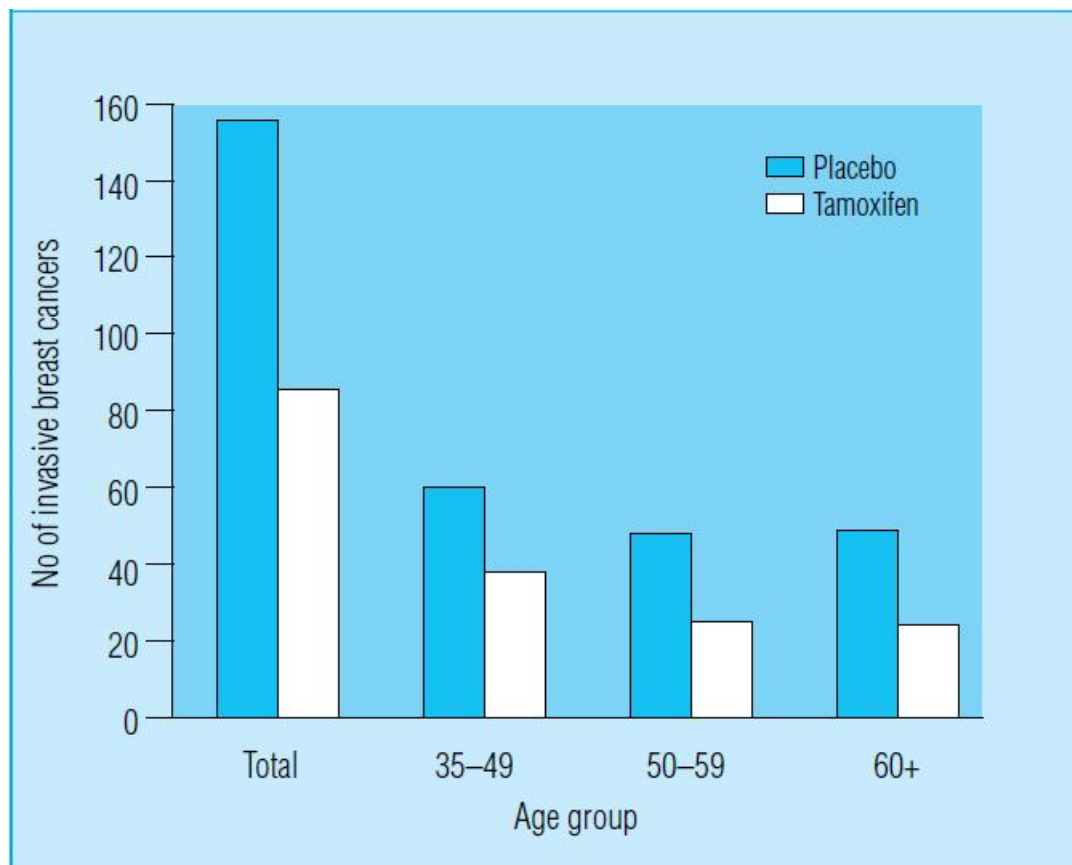
Ορμονικός έλεγχος

Μια πολλά υποσχόμενη οδός για την πρωτογενή πρόληψη επηρεάζει το ορμονικό περιβάλλον των γυναικών σε κίνδυνο. Κατά τη διάρκεια δοκιμών της ταμοξιφαίνης ως συμπληρωματική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού, ο αριθμός των ετερόπλευρων καρκίνων του μαστού ήταν μικρότερος από τον αναμενόμενο, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτό το φάρμακο μπορεί να έχει κάποιο ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι μελέτες σύγκρισης ταμοξιφένης με εικονικό φάρμακο σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού έχουν αναφέρει και δείχνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Η μελέτη NSABP⁶ τυχαιοποίησε 3338 γυναίκες με κίνδυνο ίσες με εκείνες των 60 ετών γυναικών και έδειξε μία μείωση 47% στον κίνδυνο διηθητικού καρκίνου του μαστού και μείωση κατά 50% του ποσοστού του μη επεμβατικού καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που παίρνουν ταμοξιφαίνη. Τα οφέλη της ταμοξιφαίνης παρατηρήθηκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το αποτέλεσμα που βρέθηκαν για την ταμοξιφαίνη μείωσαν επίσης τη συνολική επίπτωση των οστεοπορωτικών καταγμάτων του ισχίου, της σπονδυλικής στήλης και της ακτίνας κατά 19%. Αύξησαν το σχετικό κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου κατά 2,5 αλλά ο κίνδυνος αυτός περιορίζεται σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερων ηλικιών. Περισσότερες γυναίκες άνω των 50 ετών στην ομάδα ταμοξιφαίνης ανέπτυξαν εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο. Μια ιταλική μελέτη (72) και μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αποτύχει να επιβεβαιώνουν τα οφέλη της ταμοξιφαίνης, αλλά

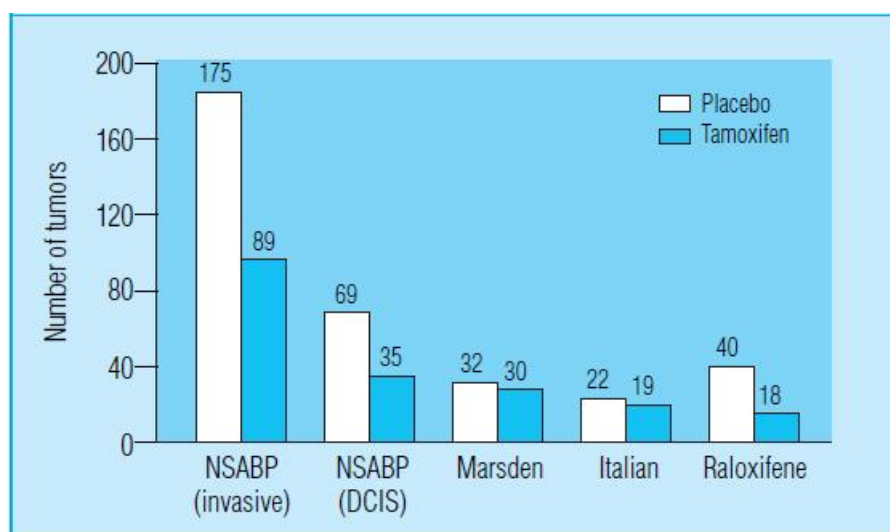
⁶ National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project

συνολικά στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει ένα όφελος της ταμοξιφαίνης στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Οι συνεχιζόμενες δοκιμές του Ηνωμένου Βασιλείου πρέπει να αποδείξουν αν αυτό μεταφράζεται σε μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού (73–75). Η ραλοξιφαίνη, κάτι σαν την ταμοξιφένη, έχει αξιολογηθεί σε έναν πληθυσμό 10.355 μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία για οστεοπόρωση και έχει αποδείξει μια μείωση 54% στον αριθμό των καρκίνων του μαστού στην ομάδα υπό ραλοξιφαίνη. Τόσο οι μελέτες ταμοξιφένης όσο και ραλοξιφένης δείχνουν μία εκλεκτική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του υποδοχέα οιστρογόνου του θετικού καρκίνου του μαστού (76).

Γράφημα 3: Η επίδραση της ταμοξιφένης στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού. Προληπτική μελέτη σε σχέση με την ηλικία (20)



Γράφημα 4: Τα δεδομένα του NSABP απεικονίζουν τα αποτελέσματα της ταμοξιφένης τόσο για επεμβατικό όσο και για μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού. Δεδομένα από το Royal Marsden και από ιταλικές μελέτες περιλαμβάνουν μόνο τον αριθμό των διηθητικών καρκίνων. Τα δεδομένα ραλοξιφαίνης περιλαμβάνουν τόσο επεμβατικό όσο και μη επεμβατικό καρκίνο του μαστού (20).



Διαιτητική παρέμβαση

Εάν συγκεκριμένοι διαιτητικοί παράγοντες βρεθούν να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, τότε η διαιτητική παρέμβαση θα είναι πιθανή. Ωστόσο, η μείωση της διαιτητικής πρόσληψης ενός τέτοιου παράγοντα σε ολόκληρες κοινότητες μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί χωρίς σημαντικές κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές. Το βάρος πάνω από 10 - 20 κιλά από το κανονικό βάρος σε ηλικία 18 ετών φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο. Η αποφυγή αύξησης βάρους, συνεπώς, κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής θα μπορούσε να αποτελέσει μια πολύτιμη προληπτική στρατηγική για τον καρκίνο του μαστού καθώς και για άλλες νοσολογικές καταστάσεις (20).

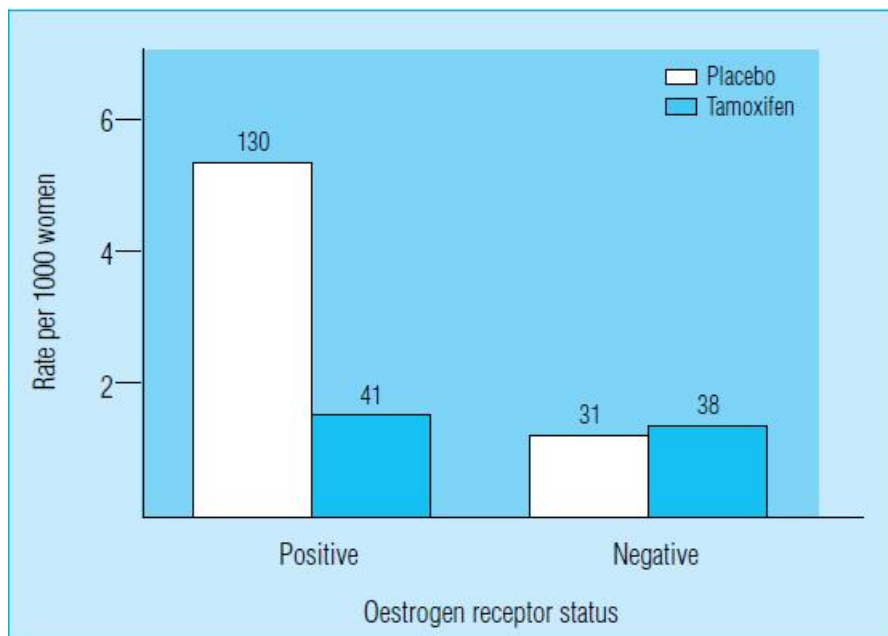
Άλλα προληπτικά μέσα

Τα ρετινοειδή επηρεάζουν την ανάπτυξη και διαφοροποίηση των επιθηλιακών κυττάρων, και τα πειράματα δείχνουν ότι μπορεί να έχουν ένα ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Μια κλινική δοκιμή της φενρετινίδης έχει αναφερθεί. Σε μια μελέτη με 2972 γυναίκες με καρκίνο του μαστού

κατανέμονται τυχαίως σε θεραπεία φενρετινίδης ή καθόλου θεραπεία, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στον ετερόπλευρο καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο ομάδων. Υπήρξε μια σημαντική αλληλεπίδραση με τη θεραπεία και την κατάσταση της εμμηνόπαυσης με μια ευεργετική επίδραση να φαίνεται σε προεμμηνόπαυσιακές ασθενείς (προσαρμοσμένη αναλογία κινδύνου 0,66, 95% CI 0.141.07) και μια αντίθετη τάση στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Το σελήνιο είναι ένας άλλος πιθανός παράγοντας για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (20).

Άλλοι παράγοντες που είναι πιθανόν να μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού είναι ο θηλασμός, η φυσική δραστηριότητα και η μεγαλύτερη πρόσληψη ελαιόλαδου, φρούτων και λαχανικών, παρόλο που τα συγκεκριμένα ευρήματα δεν είναι τόσο ισχυρά, όπως συμβαίνει με άλλους παράγοντες κινδύνου (77).

Γράφημα 5: Η συχνότητα των θετικών οιστρογονικών υποδοχέων και των αρνητικών οιστρογονικών υποδοχέων καρκίνου του μαστού σε εικονικό φάρμακο και με αγωγή ταμοξιφένης σε προληπτική δοκιμή της NSABP (20).

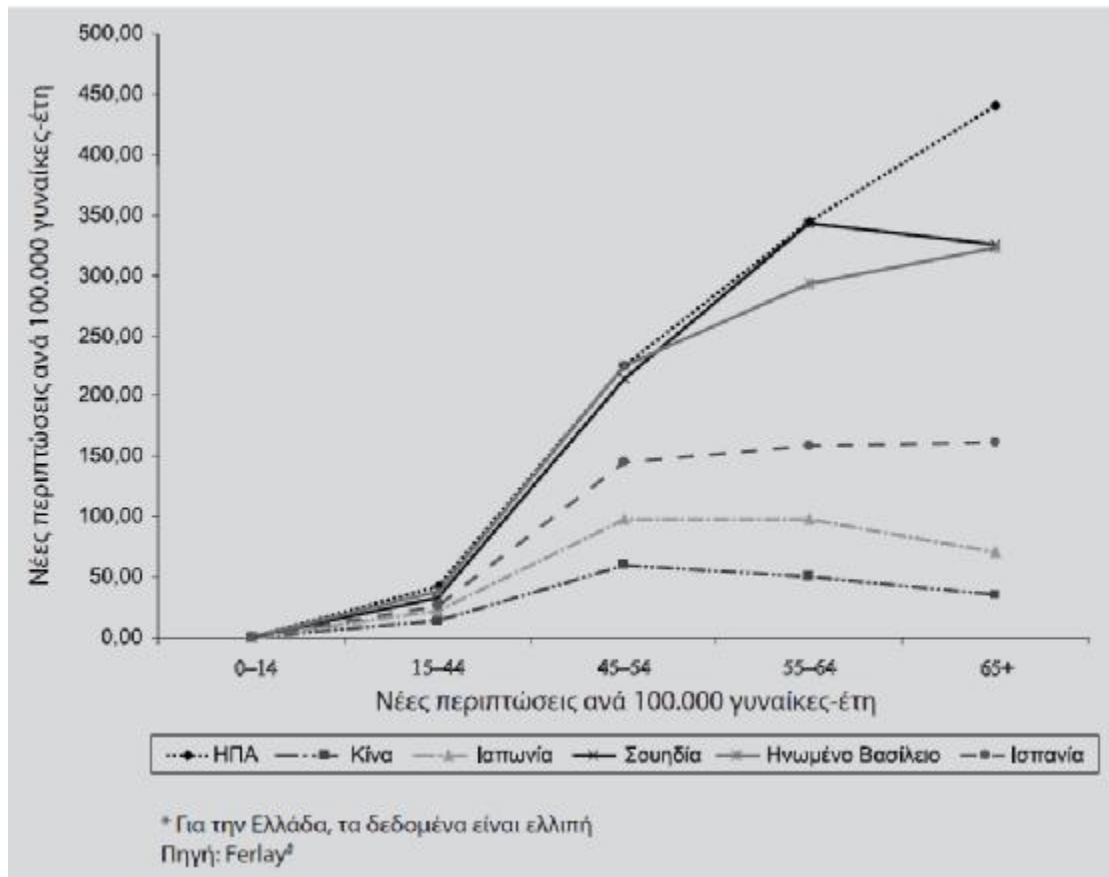


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

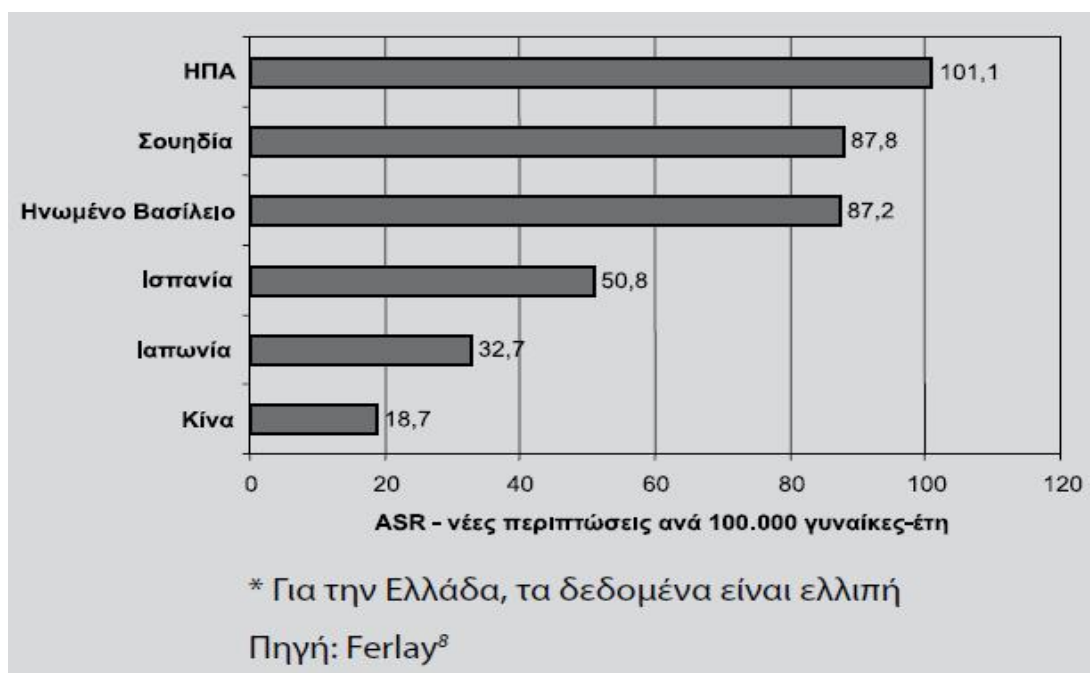
Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες (78–80). Το σχήμα της καμπύλης της κατά ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών, αλλά με μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο επίπτωσης (Γράφημα 6). Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου (78–81).

Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία (Γράφημα 7) (81). Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικρο-περιβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες (82,83).

Γράφημα 6: Κατά ηλικία δείκτες επίπτωσης καρκίνου μαστού (81).



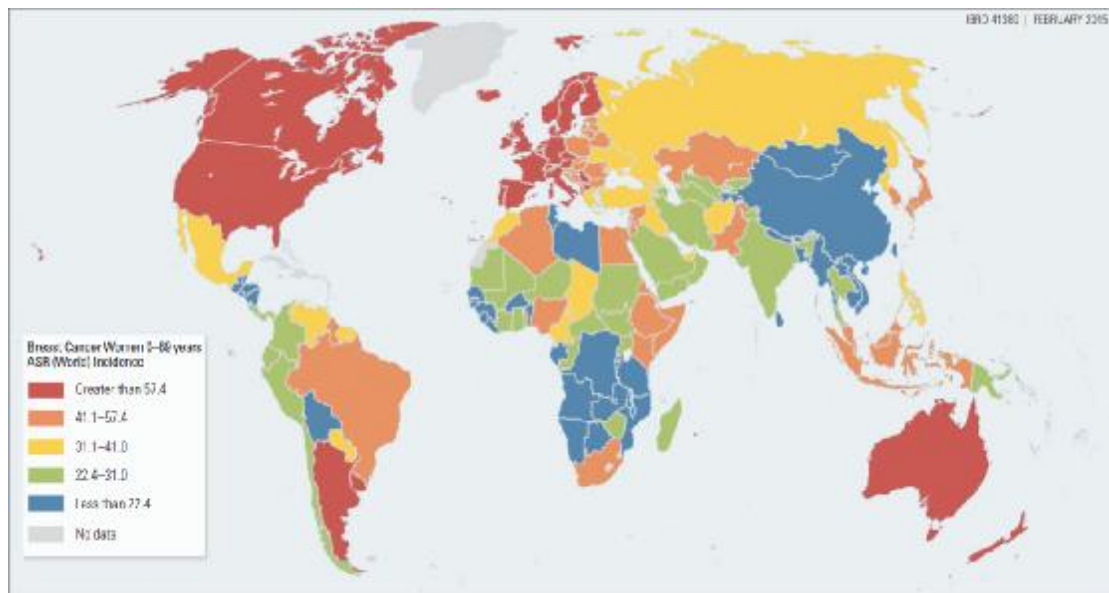
Γράφημα 7: Προτυπωμένοι κατά ηλικία (ASR-στον παγκόσμιο πληθυσμό) δείκτες επίπτωσης καρκίνου του μαστού (81).



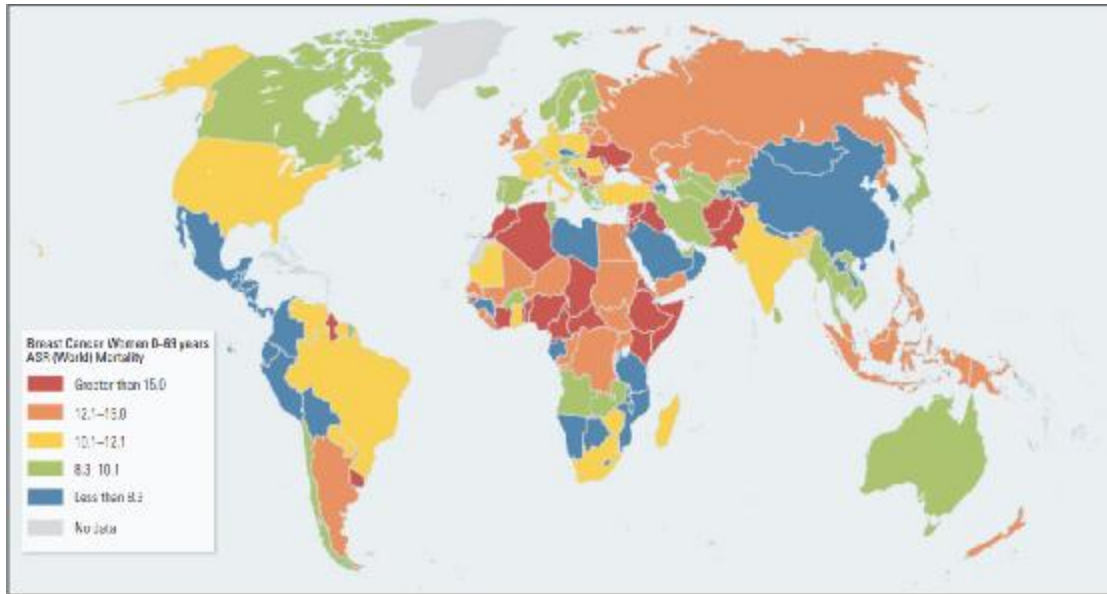
3.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου παγκοσμίως μεταξύ των γυναικών, και είναι η πιο πιθανή αιτία που μια γυναίκα θα πεθάνει από καρκίνο (Εικόνα 10 και 11). Ο καρκίνος του μαστού γίνεται όλο και πιο επείγον πρόβλημα σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες (LMICs), όπου τα ποσοστά επίπτωσης, ιστορικά χαμηλά, έχουν αυξηθεί έως και κατά 5 τοις εκατό ετησίως (84). Οι χώρες υψηλού εισοδήματος (HICs) ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης καρκίνου του μαστού (Γράφημα 8), αλλά αυτές οι χώρες έχουν επίσης σημειώσει τη μεγαλύτερη πρόοδο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων (85). Το 2010, η πλειοψηφία των 425.000 παγκόσμιων θανάτων από καρκίνο του μαστού εμφανίστηκαν σε LMICs, και το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί (86).

Εικόνα 9: Παγκόσμια κατανομή των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε γυναίκες για το έτος 2012 (87)



Εικόνα 10: Παγκόσμια Θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες το έτος 2012 (87)



Τα ποσοστά θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού είναι αντιστρόφως ανάλογα με το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) (88). Ιστορικά, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού ήταν χαμηλή σε LMICs, αλλά τα ποσοστά αυτά αυξάνονται δυσανάλογα ταυτόχρονα ότι τα ποσοστά θνησιμότητας συνεχίζουν να αυξάνονται ή παραμένουν σε υψηλά επίπεδα (Γράφημα 9). Η γήρανση του τρέχοντος παγκόσμιου πληθυσμού σημαίνει ότι σχεδόν 50 τοις εκατό περισσότερες γυναίκες θα αναπτύξουν και θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού το 2020 σε σχέση με το 2002. Η εκτίμηση αυτή δεν λαμβάνεται υπόψη στις πιθανές αυξήσεις στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και θνησιμότητας σε συγκεκριμένες ηλικίες, ειδικά μεταξύ των πρόσφατα γεννηθέντων ομάδων και μεταξύ των αστικών γυναικών στην LMICs, λόγω των αλλαγών στα πρότυπα αναπαραγωγική τους και την υιοθέτηση των δυτικών τρόπων ζωής (86). Ο αριθμός των νέων ζώων που χάνονται είναι ακόμα πιο δυσανάλογος από το συνολικό αριθμό. Το 2010, ο καρκίνος του μαστού σκότωσε 68.000 γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών σε LMICs, σε σύγκριση με 26.000 γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας σε HICs (89).

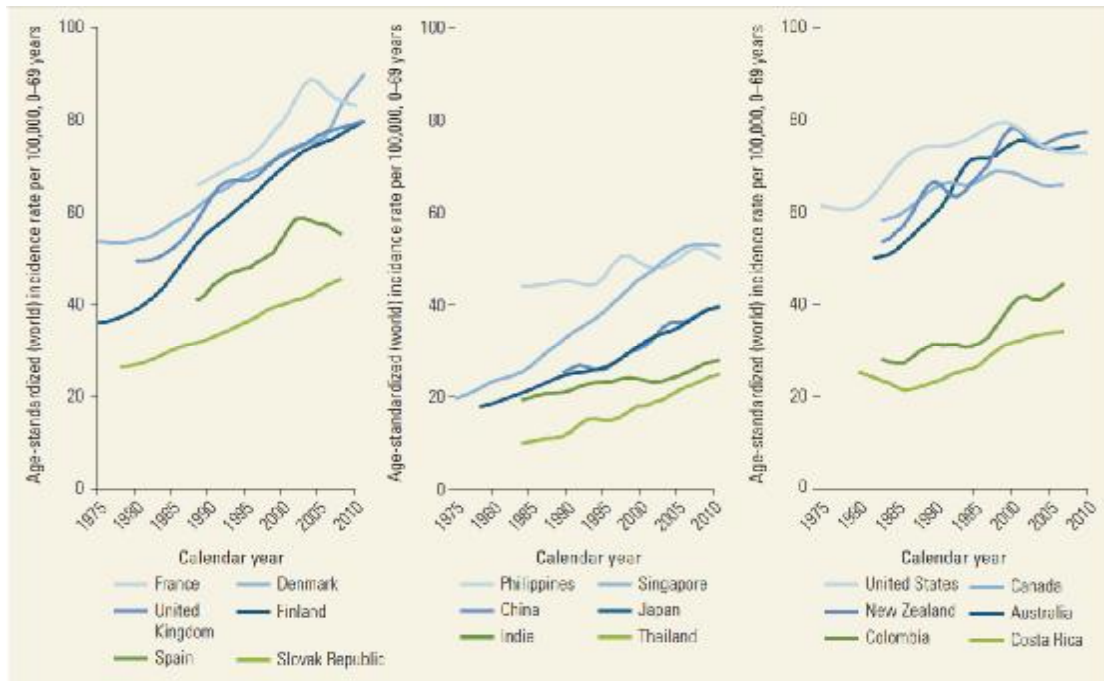
Οι HICs έχουν σημειώσει τεράστια πρόοδο στην βελτίωση των αποτελεσμάτων (Γράφημα 9). Τα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία ήταν ουσιαστικά αμετάβλητα στις Ηνωμένες Πολιτείες για τις πέντε δεκαετίες μεταξύ 1930 και 1980, έχουν μειωθεί σχεδόν κατά 2 τοις εκατό κάθε χρόνο από το 1990 (90). Παρόμοιες μειώσεις σημειώθηκαν και σε άλλες HICs, όπως η Νορβηγία (91). Οι βελτιώσεις αυτές οφείλονται στην έγκαιρη ανίχνευση μέσω προσυμπτωματικού ελέγχου, σε συνδυασμό με την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία (92). Τυχαίοποιημένες μελέτες της μαστογραφίας προσυμπτωματικού ελέγχου στις δεκαετίες του 1970 και του 1980 έδειξαν ότι η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε μεταβολές στο στάδιο, βελτιωμένη επιβίωση και μείωση της θνησιμότητας (93). Η θεραπεία του ενδοκρινικού συστήματος για τον υποδοχέα οιστρογόνων (ER)-θετικό καρκίνο και η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία για ER-αρνητικών καρκίνων βελτιώνει την επιβίωση μεταξύ των πρώτων και τοπικά προχωρημένων καρκίνων του μαστού (94,95).

Τα χαμηλά ποσοστά επιβίωσης σε LMICs είναι κατά κύριο λόγο αποδοτέα στην παρουσία τελικού σταδίου και στις περιορισμένες ικανότητες διάγνωσης και θεραπείας (96). Στην Ινδία, 50-70 τοις εκατό των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται με τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο (97). Το ίδιο ισχύει και για το 38 τοις εκατό των Ευρωπαίων και το 30 τοις εκατό των αμερικανικών περιπτώσεων στις αρχές του 1990 (98). Κατά συνέπεια, οι προσπάθειες για την προώθηση της έγκαιρης ανίχνευσης που ακολουθείται από την κατάλληλη θεραπεία είναι βασικά συστατικά των στρατηγικών ελέγχου του καρκίνου του μαστού με βάση τον πληθυσμό.

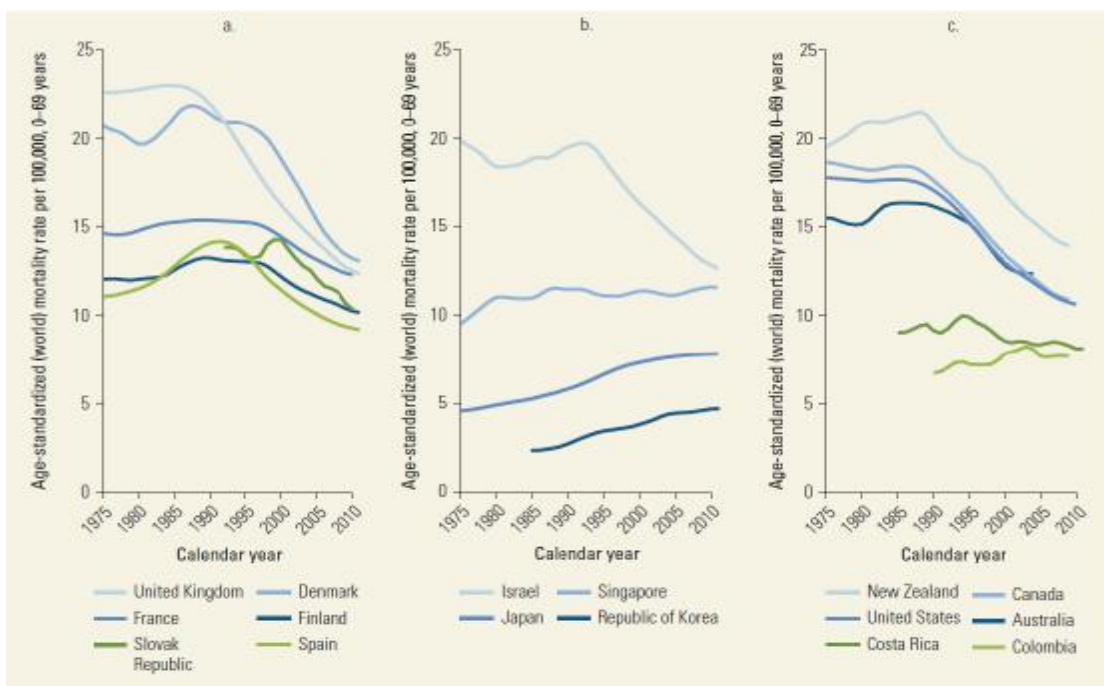
Οι δύο στρατηγικές της έγκαιρης ανίχνευσης και της συμπληρωματικής συστηματικής θεραπείας είναι συνεργιστικές και εξαρτώνται αμοιβαία για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Η έγκαιρη ανίχνευση λειτουργεί μόνο εάν μπορεί να ακολουθείται από άμεση θεραπεία. Η μαθηματική μοντελοποίηση προτείνει ότι μεταξύ 28 τοις εκατό και 65 τοις εκατό της μείωσης της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού μπορεί να αποδοθεί στην έγκαιρη ανίχνευση, το υπόλοιπο οφείλεται στη φαρμακοθεραπεία. Η αλληλεξάρτηση της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας υπογραμμίζει τον ουσιαστικό ρόλο των

κατευθυντήριων γραμμών για τη διαχείριση αυτής της ολοκληρωμένης στρατηγικής σε περιορισμένους πόρους για να μετατοπίσουν τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο (99).

Γράφημα 8: Τάσεις στα ποσοστά επίπτωσης σε τυποποιημένη ηλικία καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, επιλεγμένες χώρες, 1975-2010 (87)



Γράφημα 9: Τάσεις στα ποσοστά θνησιμότητας σε τυποποιημένη ηλικία καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, επιλεγμένες χώρες, 1975-2010 (87)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1. ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Ο πρωταρχικός σκοπός του σχεδιασμού της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η κατάρτιση ενός σχεδίου φροντίδας τόσο για τον ασθενή όσο και μαζί με του, το οποίο αφού εφαρμοστεί καταλήγει στην πρόληψη, μείωση ή επίλυση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς. Ένα πλήρες σχέδιο φροντίδας καθορίζει λεπτομερώς κάθε νοσηλευτική βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής για να ικανοποιήσει τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες και περιγράφει τις νοσηλευτικές ευθύνες για την εκπλήρωση του ιατρικού σχεδίου φροντίδας. Οι νοσηλευτές οργανώνουν σχέδια φροντίδας τα οποία ενσωματώνουν τις ανεξάρτητες αρμοδιότητες τους, αλλά και τις αρμοδιότητες που προέρχονται από τη συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Επειδή η νοσηλευτική ενδιαφέρεται για την ανταπόκριση του ασθενούς στην υγεία και την ασθένεια, το σχέδιο φροντίδας, υποστηρίζει τους ευρύτερους νοσηλευτικούς σκοπούς, την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της ανάρρωσης και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της διαταραγμένης λειτουργικότητας (100).

Όσον αφορά λοιπόν το θέμα της εργασίας, ο νοσηλευτικός σχεδιασμός στον καρκίνο του μαστού επικεντρώνεται στην αναγνώριση των προβλημάτων και των αναγκών του ασθενούς, που προκύπτουν από το στάδιο της νόσου, στον προγραμματισμό ενός κατάλληλου σχεδίου φροντίδας με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς και την αποκατάστασή τους και τέλος στην όσο το δυνατόν ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή όλων των απαραίτητων παρεμβάσεων που θα οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Επίσης, το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας κατά του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να περιλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του, την ενθάρρυνση του ασθενούς με σκοπό την καλύτερη εικόνα του σωματικού ειδώλου καθώς και την πρόληψη όλων των πιθανών υποτροπών μέσω της εξασφάλισης των κατάλληλων συνθηκών.

5.2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως είναι γνωστό, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, δηλαδή την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια.

Σκοπός της νοσηλεύτριας, ως μέλος μιας υγειονομικής ομάδας, είναι η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού, χρησιμοποιώντας τακτικές, με στόχο την ενημέρωση και τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Όταν το μήνυμα της πρόληψης ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μπορεί να προάγει την υγεία του ατόμου. Για την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων πρόληψης συνδέονται παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί (Αθανάτου 2000). Επομένως, η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού, καθώς επίσης και τους προστατευτικούς. Μπορεί να ρυθμίζει διαιτολόγια, να παρεμβαίνει σε διατροφικές συνήθειες, να συνιστά στις γυναίκες να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε βιταμίνες, κυρίως Α και C, φρούτα, λαχανικά και φτωχές σε λίπος ζωικής προέλευσης, όπως κόκκινα κρέατα (101).

Επίσης, τονίζει τη σημασία του υγιεινού περιβάλλοντος, της καθαριότητας και των υγιεινών συνηθειών, ως μέτρο πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού. Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε άτομα που εκτίθενται σε καρκινογόνους παράγοντες π.χ. ακτινοβολία ή ειδική βιομηχανική ρύπανση. Τέλος, τονίζει τη σημαντικότητα της πρώιμης ανίχνευσης του όγκου με διάφορες τεχνικές, υποδεικνύοντας τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη θνησιμότητα και στην ανίχνευση του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο (102).

Η νοσηλεύτρια που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό, πρέπει να εντοπίσει τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση. Τέτοιοι παράγοντες είναι (103):

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Όταν, για παράδειγμα, μια εργαζόμενη γυναίκα με οικογένεια μπορεί για μία χρονική περίοδο να έχει πολλές υποχρεώσεις και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα να αμελήσει να πάει στο γυναικολόγο για την καθιερωμένη κλινική εξέταση. Μία γυναίκα με χαμηλό εισόδημα να καθυστερήσει τη χειρουργική επέμβαση λόγω του υψηλού κόστους της επέμβασης.

Έλλειψη μόρφωσης

Πολλές γυναίκες λόγω του ότι δεν έχουν ιδιαίτερα συμπτώματα ή δεν αυξήθηκε ο όγκος τους, θεώρησαν περιττό να θεραπευτούν. Αυτό είναι ένα είδος άγνοιας. Βασικός σκοπός ενός προγράμματος πρόληψης είναι να πειστούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος του μαστού σε αρχικά στάδια είναι ιάσιμος και όχι ανίατη ασθένεια .

Ψυχολογικοί παράγοντες

- Ø **Ο φόβος:** οι ασθενείς φοβούνται τη διάγνωση του καρκίνου, πολλές φοβούνται ότι θα χάσουν το μαστό τους.
- Ø **Η ντροπή:** πολλές γυναίκες φοβούνται να συμβουλευτούν έναν γιατρό για το μαστό τους.
- Ø **Αποφυγή ψηλάφησης μαστού.**
- Ø **Αρνητισμός:** πολλές γυναίκες εξαιτίας της εσωστρέφειάς τους αρνούνται να ζητήσουν ιατρική συμβουλή.
- Ø **Κατάθλιψη:** η οποία προκαλεί αδιαφορία για την υγεία.
- Ø **Καταπίεση:** αφορά γυναίκες οι οποίες για να πετύχουν κάτι είναι ικανές να δημιουργήσουν παθολογικά προβλήματα στον οργανισμό τους. Εάν παρουσιάσουν συμπτώματα, αυτές τα αγνοούν.

5.3. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Σκοπός της λήψης ιστορικού είναι η συγκέντρωση ορισμένων πληροφοριών για την ασθενή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και πρέπει να είναι ικανή να καθοδηγεί την ασθενή σ' αυτή τη συλλογή πληροφοριών (32).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια πρέπει να (104,105):

- Ø Εμπνέει διάθεση συνεργασίας στην ασθενή.
- Ø Τη συμβουλεύει να πάει τουαλέτα ώστε να είναι άδεια η ουροδόχος κύστη.
- Ø Τη βοηθήσει στην αφαίρεση των ενδυμάτων, τοποθετώντας της παραβάν ώστε να αισθάνεται πιο άνετα, τη βοηθάει να ξαπλώσει στην κατάλληλη θέση και την σκεπάζει με ένα σεντόνι ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από όσο πρέπει. Αυτό κάνει την ασθενή λιγότερο νευρική και την χαλαρώνει.
- Ø Εξασφαλίσει απόλυτη ησυχία και κατάλληλο φωτισμό.
- Ø Την ενημερώνει για την κλινική εξέταση που θα ακολουθήσει, πώς θα διεξαχθεί.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές γυναίκες αμελούν την αυτοεξέταση του μαστού.

Πρόβλημα: Φόβος - άγχος που οφείλεται στην πιθανή εύρεση όγκου

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Η νοσηλεύτρια τονίζει τη σημασία της εύρεσης ενός όγκου πρόωρα.
- ü Υποστηρίζει ψυχολογικά τη γυναίκα.
- ü Της αναφέρει τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης (106,107).

Αξιολόγηση : Η ασθενής είναι ήρεμη, καθησυχασμένη και χωρίς άγχος.

Πρόβλημα: Έλλειψη εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Λεπτομερής ανάλυση του τρόπου που πραγματοποιείται.
- ü Η νοσηλεύτρια τονίζει την ευκολία στην εφαρμογή της.
- ü Κάθε γυναίκα οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί (102,108).

Αξιολόγηση : Η ασθενής είναι ενήμερη και έχει εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Πρόβλημα: Σεμνοτυφία που οφείλεται στην κλειστή ζωή που έχει μια γυναίκα

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Η νοσηλεύτρια πρέπει να δείχνει άνετη και ευχάριστη. Ως γυναίκα κι αυτή ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό. Πρέπει να αναπτύξει καλή επαφή μαζί τους και να απομακρύνει το αίσθημα της ντροπής που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ανίχνευση του καρκίνου.

ü Φέρνουμε την ασθενή σε επαφή με μια γυναίκα η οποία λόγω της αυτοεξέτασης του μαστού έχει διαγνώσει έγκαιρα τη νόσο και έχει θεραπευθεί (108).

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχει καλή επαφή μαζί μας. Συζητά με τον ιατρό και δείχνει ήρεμη.

5.4. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ενημέρωση για τον Καρκίνο του Μαστού

Είναι αλήθεια ότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο ένα θανατηφόρο νόσημα. Η διαφορετικότητα του χαρακτήρα του καθενός, η δυναμικότητα που διαθέτει, η προσωπικότητα και η προσπάθεια κάθε γυναίκας να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, ποικίλουν. Πολλές φορές παρουσιάζονται κάποιες καταστάσεις που μπορεί να είναι άμεσες ή μπορεί να μη γίνουν εμφανείς (32). Αυτές είναι:

1. **Άρνηση:** Η ασθενής αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης και πολλές φορές ακόμα και τη διάγνωση. Σε περίπτωση μαστεκτομής μπορεί να δικαιολογηθεί λέγοντας ότι αφαίρεσαν το στήθος της για προληπτικούς λόγους. Δεν μιλά ποτέ μόνη για το θέμα αυτό.
2. **Μαχητικότητα:** Η ασθενής συλλέγει όσο πιο πολλές πληροφορίες μπορεί για το νόσημα αυτό και ρωτά για κάθε λεπτομέρεια. Είναι αισιόδοξη και αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει.
3. **Στωική αποδοχή:** Η ασθενής απλώς δέχεται τη νόσο και συνεχίζει να ζει μ' αυτήν όπως πριν.
4. **Αποδοχή με συνοδό άγχος / θλίψη:** Η ασθενής αντιδρά στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή θλίψη. Συλλέγει όσο πιο πολλές πληροφορίες μπορεί και τις ερμηνεύει με απαισιόδοξο τρόπο.
5. **Απελπισία - αίσθημα εγκατάλειψης:** Η ασθενής έχει κυριευτεί από τη διάγνωση και, είτε παρουσιάζει συμπτώματα είτε όχι, νιώθει άρρωστη (109).

Ψυχικές αντιδράσεις

Εκτός από τους μηχανισμούς άμυνας που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και κάποιες ψυχικές αντιδράσεις της γυναίκας από τη γνώση της νόσου. Αυτές διαφοροποιούνται από γυναίκα σε γυναίκα, γενικά όμως εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η **πρώτη φάση** είναι όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο και

χαρακτηρίζεται από άγχος και ανησυχία. Μπορεί να φτάσει και στον πανικό. Η **δεύτερη φάση** είναι όταν η άρρωστη έχει συνειδητοποιήσει την κατάστασή της. Μπορεί να παρουσιάσει άγχος, φόβο, αρνητικά συναισθήματα ή να παρουσιάσει κάποιο μηχανισμό άμυνας, από αυτούς που αναφέραμε παραπάνω. Η **τρίτη φάση** χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από αρνητική.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι πετύχει στο δύσκολο αυτό έργο της ενημέρωσης με σκοπό το συμφέρον της ασθενούς.

Πιθανά Προβλήματα κατά την Ενημέρωση - Αντιμετώπιση

Πρόβλημα: Πιθανό άγχος - αγωνία ή φόβος

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Η νοσηλεύτρια αφιερώνει 5-10 λεπτά στην ασθενή, τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα.
- Συζητά μαζί της για το πρόβλημά της, δείχνει ενδιαφέρον και την υποστηρίζει ψυχολογικά.
- Συγκεντρώνεται στο πρόβλημα.
- Πρέπει να είναι ειλικρινής και κατανοητή.
- Κατά τη συνομιλία της χρησιμοποιεί μικρές και σύντομες προτάσεις.
- Δεν παρέχει περισσότερες πληροφορίες και διευκρινήσεις από αυτές που μπορεί να κατανοήσει η ασθενής.
- Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες και την άνεση της ασθενούς.
- Παρακολουθεί τα σωματικά ενοχλήματα που μπορεί να έχει.
- Μειώνει τα περιβαλλοντικά διεγερτικά ενοχλήματα.
- Ενθαρρύνει την ασθενή για φυσικές δραστηριότητες (π.χ. περπάτημα).
- Επίσης, ενθαρρύνει την ασθενή να κλαίει αν αυτό την ανακουφίζει.
- Χορηγεί ελαφρά ηρεμιστικά, αν χρειαστεί, σύμφωνα με ιατρική εντολή (108,109).

Αξιολόγηση: Η ασθενής είναι ήρεμη, χωρίς άγχος και φόβο.

Πρόβλημα: Πιθανός πανικός που οφείλεται στο αυξημένο άγχος

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Η νοσηλεύτρια παραμένει με την ασθενή.
- Την τοποθετεί σε ένα μοναχικό δωμάτιο ώστε να της εξασφαλίσει ηρεμία, αν κρίνει ότι θα χρειαστεί.
- Την βεβαιώνει ότι θα ξαναβρεί τον αυτοέλεγχό της.
- Χορηγεί ηρεμιστικά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής (108).

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχει ενημερωθεί πλήρως και παρουσιάζεται ήρεμη.

Πρόβλημα: Διαταραχές ύπνου που οφείλονται στην αυξημένη αγωνία

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τη συζήτηση των προβλημάτων της ασθενούς ώστε να «εκτονωθεί» το άγχος και η αγωνία.
- Εξασφαλίζει ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον.
- Χρησιμοποιεί μέσα που διευκολύνουν τον ύπνο (την ενθαρρύνει να πιει ένα ζεστό ρόφημα πριν ξαπλώσει στο κρεβάτι, να κάνει ένα ζεστό μπάνιο, της εξασφαλίζει καθαρό περιβάλλον, άνετα ρούχα).
- Φροντίζει, όσο είναι δυνατόν, να εκπληρωθούν όλες οι εκκρεμότητες της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να μειωθεί το άγχος.
- Προγραμματίζει τον ύπνο της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος.
- Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία (110).

Αξιολόγηση: Η ασθενής κοιμάται κατόπιν φαρμακευτικής αγωγής.

Πρόβλημα: Κατάθλιψη που οφείλεται σε γνώση της ασθένειας

Νοσηλευτική παρέμβαση

- ÿ Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές συναντήσεις με την ασθενή.
- ÿ Ρωτά ανοιχτά την ασθενή για τα συναισθήματά της.
- ÿ Επικεντρώνει την προσοχή της στην ασθενή, δείχνει ενδιαφέρον ακόμη κι αν αυτή δείχνει απρόθυμη ή ανίκανη να συνομιλήσει μαζί της.
- ÿ Επίσης, η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή να αναπτύξει κοινωνικές συναναστροφές ώστε να μη νιώθει απομονωμένη.
- ÿ Παροτρύνει την ασθενή να φροντίζει μόνη της για την ατομική της υγιεινή και επικροτεί τις προσπάθειές της.
- ÿ Βοηθά, επίσης, την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της αυξάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της.
- ÿ Ενθαρρύνει την ασθενή στην λήψη αποφάσεων όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό στάδιο.
- ÿ Παροτρύνει την ασθενή να κλαίει αν αυτό την κάνει να αισθάνεται καλύτερα.
- ÿ Τέλος, βοηθά το υπόλοιπο προσωπικό στις προσπάθειές του να επικοινωνήσει μαζί της ώστε να νιώσει καλύτερα (102,107).

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχει αποκτήσει ξανά την αυτοεκτίμησή της.

Πρόβλημα: Έλλειψη αυτοεκτίμησης που οφείλεται στη διαταραχή της ιδέας που έχει για τον εαυτό της

Νοσηλευτική παρέμβαση

- ÿ Η νοσηλεύτρια εκφράζει ενδιαφέρον και σεβασμό στην ασθενή.
- ÿ Τονίζει τα ενδιαφέροντα και τις πρόσφατες δραστηριότητες της ασθενούς.
- ÿ Ζητά από την ασθενή να έχει θετικές σκέψεις και όταν αρχίζουν οι αρνητικές σκέψεις να επισημαίνει τις θετικές.

- Ενθαρρύνει την ασθενή να συμμετέχει σε αποφάσεις.
- Επίσης, της αναθέτει μικρά καθήκοντα και δραστηριότητες.
- Παροτρύνει την ασθενή να αποφεύγει την απομόνωση και προγραμματίζει συχνές συναντήσεις με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου μαζί της.
- Εκφράζει την εμπιστοσύνη της στις ικανότητές της (108).

Αξιολόγηση: Το ηθικό της ασθενούς έχει αναπτερωθεί.

Πρόβλημα: Έλλειψη γνώσης και ψυχολογική κατάπτωση που οφείλεται στην κατάθλιψη

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Η νοσηλεύτρια βοηθά την ασθενή να κατανοήσει την αιτία που έχει ψυχολογική πτώση.
- Της τονίζει τη σημασία των κοινωνικών επαφών και την παροτρύνει να τις συνεχίσει.
- Την ενθαρρύνει να βρίσκει σωστούς τρόπους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της.
- Την πληροφορεί για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθηθεί με σκοπό τη βελτίωση της υγείας της.
- Παροτρύνει την οικογένεια της ασθενούς να συμμετέχει κι αυτή στο θεραπευτικό σχήμα και να επικοινωνούν συχνά μαζί της (107,108).

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχοντας λάβει την κατάλληλη γνώση, νιώθει πιο δυνατή.

Για να υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτριας-ασθενούς, με σκοπό τη θεραπεία της ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να «καταλαβαίνει» την ασθενή, να «αισθάνεται» τα προβλήματά της, να συμπάσχει πραγματικά ώστε να δημιουργείται μια θεραπευτική συμμαχία με σκοπό να πετύχουμε το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όταν η συναισθηματική σύζευξη μεταξύ

νοσηλεύτριας-ασθενούς είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση της ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά.

5.5. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.5.1. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στην Ακτινοθεραπεία

Πολλές φορές η ακτινοθεραπεία φιλοδοξεί να αντικαταστήσει τη μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι μετά από μία ογκεκτομή η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπολειπόμενο ιστό μπορεί να αποτρέψει μία πιθανή υποτροπή και να έχει το ίδιο αποτέλεσμα όπως μετά από μία μαστεκτομή, με τη διαφορά ότι οι ασθενείς διατηρούν το μαστό τους.

Μία νοσηλεύτρια οφείλει να ενημερώσει την ασθενή για τη θεραπεία και να εντοπίσει την κατάλληλη στιγμή ώστε να πληροφορήσει για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που θα εμφανιστούν. Πρέπει να την προετοιμάσει, να την προστατέψει και να την τονώσει ψυχολογικά κατά τη θεραπεία. Τα πιθανά προβλήματα που εμφανίζονται είναι τα παρακάτω:

Πρόβλημα: Φόβος και άγχος που οφείλεται στην έλλειψη γνώσης για την ακτινοθεραπεία

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας και της δίνει συμβουλές για την αντιμετώπισή τους και για το σχεδιασμό της φροντίδας.
- Πληροφορεί την ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας και την παροτρύνει να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της (108).

Αξιολόγηση: Η ασθενής έχει ενημερωθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό και νιώθει λιγότερο άγχος.

Πρόβλημα: Ακτινοδερματίτιδα που οφείλεται στην ακτινοβολία

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται για πιθανή αφυδάτωση, κνησμό, ερύθημα.
- ü Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό, στεγνώνεται καλά και τοποθετούνται ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- ü Προστασία από τον ήλιο και το κρύο.
- ü Προτείνουμε στην ασθενή να φορά άνετα και φαρδιά ρούχα.
- ü Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία (104,111).

Αξιολόγηση: Το πρόβλημα έχει αντιμετωπιστεί άμεσα.

Πρόβλημα: Διαταραχές στην κένωση του εντέρου και γενικότερες διαταραχές του πεπτικού συστήματος που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Εκτίμηση της ποιότητας και συχνότητας των κοπράνων.
- ü Παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ü Χορήγηση τροφών με χαμηλό υπόλειμμα.
- ü Καλή ενυδάτωση για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν.
- ü Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική εντολή.
- ü Συνιστούμε στην ασθενή να καταπίνει αργά και να μασάει καλά την τροφή ώστε να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών (109).

Αξιολόγηση: Μείωση των διαταραχών του πεπτικού συστήματος.

Πρόβλημα: Αλλαγή στη θρέψη που οφείλεται στις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα και η επαρκής λήψη υγρών.
- Ζυγίζεται καθημερινά η ασθενής και συγκρίνονται τα αποτελέσματα.
- Η νοσηλεύτρια ρυθμίζει το διαιτολόγιο της ασθενούς και χορηγεί βιταμίνες σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Χορηγεί πολτοποιημένες τροφές υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (γαλακτοκομικά προϊόντα κλπ.) (111).

Αξιολόγηση: Η ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες μας και σταδιακά επιτυγχάνεται η αλλαγή στη θρέψη.

5.5.2. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στη Χημειοθεραπεία

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που δημιουργούνται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι: αλωπεκία, ναυτία, εμετοί, δερματικές αλλαγές, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή σεξουαλικής επιθυμίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.ά. Η νοσηλεύτρια που έρχεται σε άμεση επαφή με την ασθενή, θα πρέπει να κατανοήσει το άγχος και την ανησυχία της. Θα πρέπει να βρει την καταλληλότερη στιγμή ώστε να την ενημερώσει (καλή χρονική περίοδος είναι πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και όταν η ασθενής θα είναι λιγότερο αγχώδης). Η συζήτηση των ανεπιθύμητων ενεργειών και της αντιμετώπισής τους έχει εξαιρετική σημασία για την ασθενή. Η νοσηλεύτρια είναι απαραίτητο να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας ώστε να παρασχεθεί η μέγιστη δυνατή φροντίδα στην ασθενή. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται κάποιες ανεπιθύμητες αντιδράσεις στην ασθενή. Η νοσηλεύτρια τις αξιολογεί και παρεμβαίνει υποστηρικτικά στην άρρωση.

Στόχος μας είναι να προστατεύσουμε την ασθενή. Παρακάτω αναφέρονται κάποια προβλήματα που είναι πιθανόν να δημιουργηθούν από τη χημειοθεραπεία και η αντιμετώπισή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πρόβλημα: Λευκοπενία που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων

Νοσηλευτική παρέμβαση

- ü Ενημερώνουμε την ασθενή ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή.
- ü Δημιουργούμε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον για την αποφυγή λοίμωξης (λόγω πτώσης του ανοσοποιητικού συστήματος).
- ü Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια. Σε περίπτωση υπερβολικής πτώσης των λευκών κατά τη χημειοθεραπεία, τη διακόπτουμε.
- ü Σε περίπτωση αύξησης θερμοκρασίας, εμφάνισης οιδήματος ή ερυθρότητας, αύξησης συχνότητας της ούρησης, ή σε οποιοδήποτε σύμπτωμα που μπορεί να υποδεικνύει λοίμωξη, τότε ενημερώνουμε το γιατρό.
- ü Οποιαδήποτε διακοπή συνέχειας του δέρματος, απολυμαίνεται.
- ü Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, καθώς είναι πιθανή η μετάδοση νόσου.
- ü Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, αν είναι δυνατόν, και σε όποιον εισέρχεται στο δωμάτιο συνιστάμε να φοράει μάσκα.
- ü Κάθε 4-6 ώρες πρέπει να γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, καθημερινό λουτρό, συχνό πλύσιμο χεριών.
- ü Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με εντολή γιατρού.
- ü Μετά την έξοδο απ' το νοσοκομείο συνιστάται να αποφεύγει πολυσύχναστους χώρους (104).

Αξιολόγηση: Έχει επιτευχθεί άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πρόβλημα: Θρομβοπενία που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Συχνή παρακολούθηση των αιμοπεταλίων. Σε περίπτωση που είναι <50.000 χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση (φυσιολογικές τιμές: 200.000-300.000/mm³).
- ü Σχολαστική παρατήρηση των ούρων και των κοπράνων καθώς και του δέρματος για αιμορραγία.
- ü Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Σε περίπτωση που είναι πολύ χαμηλή είναι ένδειξη εσωτερικής αιμορραγίας.
- ü Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις.
- ü Αποφεύγεται η θερμομέτρηση από τον πρωκτό.
- ü Αποφεύγονται τα υπόθετα και οι υποκλυσμοί.
- ü Για την στοματική καθαριότητα συνιστούμε στην ασθενή να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα.
- ü Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει το ξύρισμα.
- ü Να είναι ιδιαίτερα προσεκτική κατά τη χρησιμοποίηση μαχαιριών ή άλλων κοφτερών αντικειμένων, καθώς επίσης στις οικιακές της δουλειές.
- ü Πρέπει να αποφεύγει την κατανάλωση κάποιων φαρμάκων, όπως ασπιρίνη (σαλικυλικά) γιατί εμποδίζουν την πήκτικότητα του αίματος.
- ü Τέλος, πρέπει πάντα να υπάρχει διαθέσιμο αίμα για την ασθενή με σκοπό την αντιμετώπιση μιας πιθανής αιμορραγίας (104).

Αξιολόγηση: Αποτελεσματική και άμεση κάλυψη των αναγκών της ασθενούς.

Πρόβλημα: Αναιμία που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Συχνή παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης (φυσιολογικές τιμές: 14-18 g / 100 ml αίματος) και του αιματοκρίτη (φυσιολογικές τιμές: 37-47%).
- ü Παρατήρηση της ασθενούς αν παρουσιάσει κάποια συμπτώματα όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση.
- ü Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και λεύκωμα.
- ü Ελάττωση των δραστηριοτήτων.
- ü Αποφυγή κόπωσης.
- ü Συνιστάται ανάπαυση.
- ü Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- ü Σε περίπτωση άμεσης αντιμετώπισης της αναιμίας κάνουμε μετάγγιση αίματος (104).

Αξιολόγηση: Η ασθενής κοιμάται και ο τελευταίος εργαστηριακός έλεγχος είναι καλός.

Πρόβλημα: Ναυτία και έμετος που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων (Είναι δυνατόν να εμφανιστούν λίγο πριν τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτήν ή μπορεί να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν 24 ώρες)

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- ü Χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άδειο στομάχι.
- ü Προγραμματίζονται μικρά συχνά γεύματα.
- ü Χορηγούνται μαλακές τροφές γιατί διευκολύνουν την πέψη.
- ü Συνιστούμε καλή μάσηση της τροφής.
- ü Αποφεύγονται τροφές με έντονα αρώματα, καθώς αυξάνουν τη ναυτία.

- Σε περίπτωση που παρουσιαστεί ναυτία, δίνονται κομμάτια πάγου και συμβουλεύουμε την ασθενή να φάει λίγη φρυγανιά.
- Συνιστάται ανάπαυση μετά το φαγητό γιατί η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη.
- Σε περίπτωση που η ασθενής είχε ναυτία, τη συμβουλεύουμε να πάρει μερικές βαθιές αναπνοές.
- Διατήρηση καθαρής της ασθενούς και σε υγιεινό περιβάλλον χωρίς την κακοσμία εμέτων.
- Διόρθωση του ανισοζυγίου και των ηλεκτρολυτών που πιθανόν να έχουν απορυθμιστεί.
- Ενημέρωση της ασθενούς πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα της (108,112).

Αξιολόγηση: Η ασθενής νιώθει καλύτερα και δεν έχει τάση προς εμετό.

Πρόβλημα: Διάρροια που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Σχολαστική παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης.
- Παρατηρούμε την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- Συνιστούμε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί καρποί, χορταρικά, φρούτα, δημητριακά, γλυκά, γαλακτοκομικά.
- Συμβουλεύουμε την ασθενή να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

- ü Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.
- ü Φροντίδα του δέρματος.
- ü Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού (104,109,112).

Αξιολόγηση: Η ασθενής δεν έχει διάρροια και νιώθει ήρεμη.

Πρόβλημα: Στοματίτιδα που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων (Είναι αποτέλεσμα της μεγάλης καταστροφής των κυττάρων του βλεννογόνου. Μπορεί να καταλήξει σε εξέλκωση και συχνά σε μόλυνση).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Για την πρόληψη της στοματίτιδας:

- ü Η νοσηλεύτρια ελέγχει την υγρασία και το χρώμα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς και την πιθανή αλλαγή κατάστασης του βλεννογόνου.
- ü Διδάσκει στην ασθενή πώς να αξιολογεί το στόμα της και να αναφέρει τυχόν αλλαγές.
- ü Ενθαρρύνει την υγιεινή του στόματος, βουρτσίζοντας τα δόντια της 2-3 φορές την ημέρα με μαλακή οδοντόβουρτσα, χρησιμοποιώντας στοματικό διάλυμα σόδας-νερού 3-4 φορές την ημέρα, της προτείνει να χρησιμοποιεί βούτυρο κακάο για τα χείλια της και τη συμβουλεύει να τρώει μαλακές τροφές.
- ü Την παροτρύνει να πίνει άφθονα νερά και να τρώει τροφές όπως φρούτα, παγωτά, καρπούζι που αποδίδουν υγρασία στη στοματική κοιλότητα. Εάν θέλει να φάει ένα παξιμάδι ή φρυγανιά μπορεί να το βουτήξει πριν σε λίγο γάλα ή τσάι (104).

Εάν εμφανιστεί στοματίτιδα, τότε:

- ü Η νοσηλεύτρια εκτιμά συνεχώς το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.
- ü Καθαρίζει το στόμα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό 3-4 φορές την ημέρα.
- ü Χρησιμοποιεί διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου, όπως Benadryl elixir 50% (104).

Αξιολόγηση: Η ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες μας και τα συμπτώματα τείνουν προς εξαφάνιση.

Πρόβλημα: Αλωπεκία που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων (Συνήθως συμβαίνει 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική δόση του φαρμάκου).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή, της εξηγεί πώς δημιουργείται και της τονίζει ότι τα μαλλιά ξαναβγαίνουν μετά από 8 εβδομάδες.
- ü Προετοιμάζει την ασθενή, έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που προκαλούνται από την πτώση των μαλλιών της κεφαλής και του σώματος.
- ü Τη συμβουλεύει να μη λούζεται πολύ συχνά και να μη χρησιμοποιεί σκληρή βούρτσα.
- ü Να αποφεύγει τις βαφές μαλλιών κατά τη χημειοθεραπεία.
- ü Να χρησιμοποιεί μαντίλια, σκουφάκια ή περούκα ακόμη κι από τα ίδια της τα μαλλιά.
- ü Κατά τη χημειοθεραπεία μπορεί να εφαρμόσει πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη, για 10-15 λεπτά, στο τριχωτό της κεφαλής. Αυτό δημιουργεί σύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θύλακες των τριχών. Μ' αυτό τον τρόπο

μειώνεται η αλωπεκία. Μπορούμε, επίσης, να τοποθετήσουμε μία κάσκα υποθερμίας που έχει κατασκευαστεί γι' αυτό το λόγο (113).

Αξιολόγηση: Η ασθενής αρχίζει να νιώθει καλύτερα και πιο ήρεμη έχοντας πλήρη ενημέρωση.

Πρόβλημα: Πιθανή νευροτοξικότητα που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (Πόνος στα χέρια, απώλεια αντανακλαστικών, μείωση δύναμης χεριών, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος / καρπού).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της ασθενούς.
- ü Διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.
- ü Άμεση ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα συμπτώματα.
- ü Αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Αξιολόγηση: Η ασθενής δεν πονά και έχει αλλάξει το χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Πρόβλημα: Πιθανή νεφροτοξικότητα που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων (Εμφανίζεται μέσα σε έξι μέρες. Αν δεν θεραπευτεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο).

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Είναι απαραίτητη η διενέργεια ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων.
- ü Παρακολούθηση για οίδημα ή άλλα συμπτώματα που υποδηλώνουν νεφροτοξικότητα.
- ü Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

- Χορήγηση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λίπος και φτωχών σε κάλιο και νάτριο για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών.

Αξιολόγηση: Υπήρξε άμεση αντιμετώπιση και η ασθενής δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο.

Πρόβλημα: Μείωση δραστηριοτήτων, αίσθημα κόπωσης

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Εξασφάλιση περιόδων ανάπαυσης κατά την διάρκεια της ημέρας
- Αύξηση ωρών ύπνου
- Μείωση ωρών εργασίας στην δουλειά
- Παρότρυνση άλλων ατόμων να βοηθούν την άρρωστη στις καθημερινές δραστηριότητες
- Χρήση στρατηγικών για διευκόλυνση κινητικότητας
- Νέα διευθέτηση καθημερινού χρονοδιαγράμματος (104,109).

Αξιολόγηση: Αύξηση επιπέδου δραστηριότητας και μείωση αισθήματος κόπωσης

5.5.3. Ο Νοσηλευτικός Ρόλος στην Ορμονοθεραπεία

Παρακάτω θα αναλυθούν τα προβλήματα των ασθενών που λαμβάνουν ορμόνες ως συμπληρωματική, συνήθως, θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Στην ορμονοθεραπεία λαμβάνονται ορμόνες όπως ανδρογόνα, οιστρογόνα, προγεστερόνη.

Πρόβλημα: Υπερασβεστιαϊμία που οφείλεται στα ανδρογόνα που λαμβάνει η ασθενής

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ÿ Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως πόνοι στα οστά, κωλικοί νεφρού, χάλαση σκελετικών μυών.
- ÿ Χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών.
- ÿ Σε περίπτωση που αυξηθούν πολύ τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα διακόπτεται η θεραπεία με ιατρική οδηγία.

Αξιολόγηση: Η ασθενής δεν πονά και ακολουθεί τις οδηγίες μας.

Πρόβλημα: Κατακράτηση νερού που οφείλεται στα υψηλά οιστρογόνα

Νοσηλευτική παρέμβαση

- ÿ Μετράται καθημερινά το σωματικό βάρος της ασθενούς.
- ÿ Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- ÿ Περιορίζουμε το αλάτι στη διατροφή και συνιστούμε να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε κάλιο, π.χ. μπανάνα, πορτοκάλι.
- ÿ Η ασθενής παρακολουθείται για τυχόν οιδήματα στα σφυρά.

Αξιολόγηση: Η ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες και η κατακράτηση ελαττώνεται σταδιακά.

Πρόβλημα: Πιθανή αρρενοποίηση λόγω ανδρογόνων

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ÿ Παρακολουθείται η ασθενής για πιθανή αλλαγή της φωνητικής χορδής, αύξηση του μεγέθους της κλειτορίδας, εμφάνιση τριχοφυΐας στο πρόσωπο.
- ÿ Δίνεται συμπαράσταση στην ασθενή.
- ÿ Η νοσηλεύτρια διαθέτει χρόνο και δείχνει διάθεση για συζήτηση με την ασθενή.

Αξιολόγηση: Έγκαιρη αντιμετώπιση αρχικών συμπτωμάτων.

Πρόβλημα: Πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η συστηματική λήψη προγεστερόνης

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Η νοσηλεύτρια αξιολογεί για πιθανόν οιδήματα, ίκτερο, θρομβωτικά επεισόδια.
- Ενημερώνει την ασθενή ώστε να βρίσκεται σε επαγρύπνηση για τυχόν συμπτώματα, όπως: απότομη αύξηση του σωματικού βάρους, οίδημα άκρων, γαστρεντερικές διαταραχές, συμπτώματα εμβολικών και θρομβωτικών καταστάσεων, ώστε η ασθενής να είναι σε θέση να τα ερμηνεύει και να ενημερώνει το θεράποντα ιατρό, όταν το κρίνει αναγκαίο.

Αξιολόγηση: Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη ενημέρωση και γίνεται άμεση αξιολόγηση των πιθανών συμπτωμάτων από την νοσηλεύτρια.

5.5.4. Ο νοσηλευτικός ρόλος στο χειρουργείο

5.5.4.1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Πρόβλημα: Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας της ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, ανησυχίας και φόβου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Να ενημερωθεί η ασθενής και η οικογένειά της για το είδος της επέμβασης και τη μετεγχειρητική της πορεία (τι πρέπει να περιμένουν, πόσες μέρες αναμένεται να διαρκέσει η ανάρρωση, με τι θα είναι συνδεδεμένη και τι εικόνα θα παρουσιάζει μετά την επιστροφή της στο τμήμα).

- Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι της ασθενούς για τη νάρκωση, το άγνωστο, την αλλαγή σωματικού ειδώλου.
- Να δοθεί στην ασθενή κάποιο ηρεμιστικό ή αγχολυτικό το βράδυ της παραμονής της επέμβασης (32).

Αξιολόγηση: Η ασθενής είναι ενήμερη και μοιάζει λιγότερο αγχωμένη.

Πρόβλημα: Ανησυχία ασθενούς για τη δυνατότητά της για μετεγχειρητική φροντίδα.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων.
- συμβουλεύει την αποφυγή έντονων σωματικών δραστηριοτήτων για 4-6 εβδομάδες μετά την επέμβαση.
- ελέγχει για σημεία κατάθλιψης π.χ. άρνηση να κοιτάζει την περιοχή της τομής (32).

Αξιολόγηση: Η εξάλειψη της ανησυχίας της ασθενούς, εξασφαλίζοντας έτσι ένα γνώριμο περιβάλλον για την μετεγχειρητική της πορεία.

Πρόβλημα: Φόβος και ανησυχία του οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες.

- Βοηθώντας τα μέλη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.
- Συμβουλευοντάς τους να στηρίζουν την ασθενή δείχνοντάς της αγάπη.

Αξιολόγηση: Τα μέλη της οικογένειας δείχνουν ήρεμα, έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις που τους καθιστούν έτοιμους να στηρίξουν τους ίδιους και την ασθενή.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την παραμονή της εγχείρησης

- Λήψη αίματος για τον καθορισμό ομάδας αίματος και διασταύρωσης.
- Λουτρό καθαριότητας και ευπρεπισμός της περιοχής.
- Γίνεται υποκλυσμός για κένωση του εντέρου.
- Εξασφάλιση καλού ύπνου (114).

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την ημέρα της επέμβασης

- Λήψη ζωτικών σημείων. Επί πυρετού, γίνεται ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.
- Αφαίρεση τεχνητής οδοντοστοιχίας, κοσμημάτων, φακών επαφής. Έλεγχος των νυχιών, εάν είναι βαμμένα, ώστε να ξεβαφτούν.
- Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου (ρόμπα, σκούφια, ποδονάρια, εσώρουχο μιας χρήσεως).
- Τοποθετείται ταυτότητα χειρός.
- Τοποθέτηση στο φορείο του Χ/Ο και συνοδεία της ασθενούς, φέροντας μαζί της τον ιατρικό και νοσηλευτικό φάκελο (32,114).

5.5.4.2. Άμεση Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας. Βασικός της ρόλος η αξιολόγηση και εκτίμηση των

αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών (32,102). Πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα της ασθενούς είναι:

Πρόβλημα: Shock που οφείλεται σε αναισθησία ή απώλεια αίματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Έλεγχος ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, SPO₂) κάθε 3 ώρες, τουλάχιστον τα πρώτα 24ωρα.
- ü Ελέγχεται η παροχетеυόμενη ποσότητα αίματος. Ενημέρωση ιατρού εάν κριθεί αναγκαίο.
- ü Έλεγχος ιματισμού και επιδεσμικού υλικού, ανά τακτά χρονικά διαστήματα για έλεγχο αιμορραγίας.
- ü Εξασφαλίζεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αντιβιώσεων και αίματος προς αναπλήρωση του αποβαλλόμενου (32).

Αξιολόγηση: Πρόληψη αιμορραγίας και shock, αξιολόγηση των ζωτικών σημείων για τον καθορισμό της θεραπείας που θα ακολουθήσει, διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

Πρόβλημα: Μετεγχειρητικός πόνος, οφειλόμενος στην επέμβαση.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ü Χορήγηση αναλγητικών μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.
- ü Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχетеύσεως, επειδή η κακή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο.
- ü Ενημέρωση ασθενούς για τη φύση του πόνου, επιπλέον ενημερώνεται ώστε να μην κάνει απότομες και επικίνδυνες κινήσεις (104,109).

Αξιολόγηση: Η ασθενής φαίνεται ήρεμη και χωρίς έντονη την αίσθηση του πόνου. Έχει καλά ζωτικά σημεία, είναι ξύπνια, δεν παρουσιάζει ναυτία.

Πρόβλημα: Πιθανή πνευμονία που οφείλεται σε: αναισθησία, ακινησία, ανεπαρκή αερισμό.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Έλεγχος θερμοκρασίας ασθενούς.
- Διδασκαλία ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά.
- Κινητοποίηση ασθενούς την 2^η μετεγχειρητική μέρα. Η ασθενής κάθεται στην καρέκλα και προτρέπεται να σηκωθεί και να βηματίσει όσο μπορεί.

Αξιολόγηση: Έγκαιρη αντιμετώπιση της θερμοκρασίας ώστε να μην εξαντληθεί η ασθενής, άμεση έγερση της ασθενούς, πρόληψη λοίμωξης.

Πρόβλημα: Πιθανό λεμφοίδημα.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από το «πονεμένο» χέρι.
- Διδασκαλία κινήσεων: έκταση, κάμψη των δακτύλων, υπτιασμός πήχη, απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα
- Λήψη ζωτικών σημείων, αίματος, απαγορεύονται από το χειρουργηθέν χέρι. Ενημερώνεται το προσωπικό και η ασθενής (115).

Αξιολόγηση: Μέσω της βαρύτητας, επιτυγχάνεται η επιστροφή του φλεβικού αίματος και αποφεύγεται η πρόκληση οιδήματος, πρόληψη λεμφοιδήματος.

Πρόβλημα: Φλεγμονή του τραύματος ως μετεγχειρητική επιπλοκή.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Έλεγχος της τομής για: ερυθρότητα, οίδημα, πύον, αύξηση της θερμοκρασίας, μη σύγκλειση των χειλέων του τραύματος.
- Φροντίδα της τομής:
- αλλαγή επιδεσμικού υλικού καθημερινά,
- χρήση άσηπτης τεχνικής
- εκτιμάται το είδος και το ποσό των παροχетеύσεων
- διατηρείται η τομή στεγνή (115).

Αξιολόγηση: Πρόληψη φλεγμονής, έγκαιρη αντιμετώπισή της, διατήρηση ασθενούς σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση.

Πρόβλημα: Μείωση της κινητικότητας / δραστηριότητας της ασθενούς προς την αντίστοιχη προς τη μαστεκτομή πλευρά.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- κινητοποίηση της ασθενούς ύστερα από την πλήρη εξάλειψη της αναισθησίας.
- μετά το πρώτο 24ωρο, έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς.
- τονίζει την σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών.
- διδάσκει τις ασκήσεις στην ασθενή.

Αξιολόγηση: Η ασθενή αρχίζει σιγά-σιγά να κινητοποιεί το πάσχον μέλος. Μαθαίνει μια σειρά ασκήσεων που πρέπει να ακολουθήσει και είναι σε θέση να τις συνεχίσει μόνη της.

Πρόβλημα: Αλλαγή σωματικού ειδώλου.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ÿ Εκτιμάται ο τρόπος αντιμετώπισης της νέας κατάστασης από την ασθενή και την οικογένειά της.
- ÿ Ελαττώνεται η ανησυχία της ασθενούς.
- ÿ Εκπαιδεύεται η ασθενής στην περιποίηση των τομών.
- ÿ Ενημερώνεται η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης (109).

Αξιολόγηση: Η ασθενής αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό το νέο της σωματικό είδωλο.

Πρόβλημα: Πιθανό πρήξιμο του χεριού

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Η ασθενής διδάσκεται:

- ÿ να βάζει το χέρι πάνω σε ένα μαλακό μαξιλάρι όταν ξαπλώνει.
- ÿ να αποφεύγει τις πιο βαριές δουλειές με το χέρι αυτό.
- ÿ να αποφεύγει τα τσιμπήματα και τους μικροτραυματισμούς σε δουλειές του σπιτιού.
- ÿ να μην κόβει τα νύχια της πολύ βαθιά και να μην τραβάει τις παρανυχίδες.
- ÿ να μην χρησιμοποιείται το χέρι αυτό για αιμοληψίες ή φλεβοκέντηση (104).

Αξιολόγηση: Ουδεμία ένδειξη πρηξίματος στο χέρι, η ασθενής παρουσιάζεται ήρεμη.

5.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ύστερα από την μαστεκτομή, η ασθενής με βάση την επιθυμία της, την ηλικία της, το μέγεθος του αφαιρεθέντα όγκου, την λεμφαδενική κατάσταση, την ιστολογική εικόνα, τη βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου και τέλος το σχήμα της θεραπείας, αποφασίζει την μέθοδο αποκατάστασης του μαστού που ενδεχομένως θα ακολουθήσει. Στις μέρες μας, ενδείκνυται η χρήση μόνιμης προσθήκης, κυρίως μετά από ριζική μαστεκτομή. Η μέθοδος αποκατάστασης που θα ακολουθηθεί καθορίζεται σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό. Κατόπιν της απόφασης, ξεκινά ο ρόλος της νοσηλεύτριας. Θα αναφερθούμε στον προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό νοσηλευτικό ρόλο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Πρόβλημα: Ενημέρωση της ασθενούς για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Συζήτηση με την ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον.
- Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς.
- Ενημέρωση για την χρήση συσκευών παροχέτευσης (32).

Αξιολόγηση: Έχοντας ενημερωθεί και λάβει γνώση των επιπλοκών, η ασθενής νιώθει ανακούφιση, αισιοδοξία και ηρεμία.

Πρόβλημα: Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Συζήτηση με την ασθενή.
- Διάθεση συμπαράστασης απέναντί της.
- Συναισθηματική τόνωση της ασθενούς.
- Προσπάθεια να απαλλαγεί η ασθενής από αισθήματα ενοχής και ντροπής (107).

Αξιολόγηση: Η ασθενής είναι ήρεμη, συναισθηματικά ισορροπημένη.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Πρόβλημα: Πόνος που σχετίζεται με το τραύμα των ιστών και τον αντανακλαστικό σπασμό που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Καθοδήγηση της ασθενούς να υποστηρίξει την τομή με μαξιλάρι όταν γυρίζει, βήχει και αναπνέει βαθιά.
- Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.
- Εξασφάλιση καλών περιβαλλοντικών συνθηκών ώστε η ασθενής να χαλαρώνει.
- Εκμάθηση ειδικών ασκήσεων και θέσεων προς ελάττωση του πόνου όσο το δυνατόν περισσότερο (104,109).

Αξιολόγηση: Ελάττωση του πόνου, ώστε η ασθενής να είναι ήρεμη και να κοιμάται χωρίς ανησυχία.

Πρόβλημα: Κατάθλιψη ως μετεγχειρητικό πρόβλημα της επέμβασης

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Επαγρύπνηση στη διάρκεια κυρίως των πρώτων 24ωρων.

- ÿ Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει την πηγή των συναισθημάτων της.
- ÿ Διαβεβαιώνει την ασθενή ότι τα αισθήματα κατάθλιψης είναι συνηθισμένα και, κυρίως παροδικά (107).

Αξιολόγηση: Η ασθενής δεν διακατέχεται από αίσθημα ενοχής, νιώθει ήρεμη και δεν ξεσπά σε κλάματα.

Πρόβλημα: Πιθανή αιμορραγία του τραύματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ÿ Συχνή αλλαγή του επιδεσμικού υλικού.
- ÿ Έλεγχος για: πυρετό, αυξημένη πίεση της περιοχής, κακή εφαρμογή του επιδεσμικού υλικού, αιμορραγία (104).

Αξιολόγηση: Ουδέν ίχνος αιμορραγίας της ασθενούς.

5.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΟΣΤΑ

Νοσηλευτική εκτίμηση: Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στην βάδιση, απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.
- Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μην σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- Ακινητοποίηση καταγμάτων εάν συμβούν

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση: Πόνος, δυσφορία, δύσπνοια.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανών να επαναληφθεί.
- Χορήγηση οξυγόνου.

ΗΠΑΡ

Νοσηλευτική εκτίμηση: Ασκίτης, δυσφορία-δύσπνοια, ναυτία-εμετοί, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία, απώλεια βάρους.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- ÿ Παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
- ÿ Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- ÿ Χορήγηση διουρητικών.
- ÿ Μικρά και συχνά γεύματα.
- ÿ Τεχνητή διατροφή μέσω εντερικού σωλήνα Levin ή πλήρης. παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η ασθενής αδυνατεί να φάει.

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση: Σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, σπασμοί, παράλυση, διαταραχές της όρασης.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- ÿ Εξασφάλιση άνεσης
- ÿ Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών
- ÿ Παρακολούθηση προσβαλλόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- ÿ Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας
- ÿ Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα

5.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.8.1. Μελέτη 1ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού

Η ασθενής ΧΑ προσήλθε στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου για προγραμματισμένο χειρουργείο στον μαστό. Αρχικά η νοσηλεύτρια συμπλήρωσε το ιστορικό της ασθενούς (Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 55 ετών, έγγαμη, τόπος κατοικίας Αθήνα, επάγγελμα δημόσιος υπάλληλος, τέκνα 1), γενικές πληροφορίες για την εισαγωγή της στην κλινική (Ημερομηνία Εισόδου: 06/06/2016, Ώρα Παραλαβής: 08:00, Είδος Εισαγωγής: Προγραμματισμένη, Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητικός, Συνοδεύεται από : Οικογένεια, Τις πληροφορίες δίνει: Η ίδια η ασθενής), ατομικό αναμνηστικό (Αλλεργίες: Καμία, Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα, Χρόνια Νοσήματα: κανένα, Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: 1- σκωληκοειδεκτομή σε παιδική ηλικία) οικογενειακό ιστορικό (Από τον πατέρα: Καμία, από την μητέρα: Καρκίνος του μαστού), την παρούσα κατάσταση (Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος του μαστού, κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα, ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση = 148/74 mmHg, Σφίξεις = 68 σφίξεις, Θερμοκρασία = 36,6 C, Αναπνοές = 22/min) και την εξέταση κατά σύστημα.

Στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην αριστερή υποκλείδιο για χρήση φαρμάκων και υγρών. Την 2η ημέρα νοσηλείας πριν από το χειρουργείο η ασθενής παρουσίασε ανησυχία για τη δυνατότητά της για μετεγχειρητική φροντίδα. Μετά το χειρουργείο η ασθενής παρουσίασε πυρετό 37,5 °C με ρίγος, μετεγχειρητικό πόνο οφειλόμενο στην επέμβαση και Shock που οφείλεται σε αναισθησία.

<u>Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Ανησυχία για τη δυνατότητά της για μετεγχειρητική φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> ü Καθυσυχασμός της ασθενούς για την μετεγχειρητική φροντίδα 	<ul style="list-style-type: none"> ü Καθοδήγηση της ασθενούς για να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να αναφορά αμέσως στο γιατρό. ü Διδασκαλία της ασθενούς για συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής. ü Διδασκαλία της κατά στάδια αύξησης των δραστηριοτήτων. ü Συμβουλές για την αποφυγή έντονων σωματικών δραστηριοτήτων για 4-6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. ü Έλεγχος για σημεία κατάθλιψης π.χ. άρνηση να κοιτάζει την 	<ul style="list-style-type: none"> ü Καθοδηγήθηκε η ασθενής για να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό. ü Διδάχθηκε συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής. ü Διδάχθηκε την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. ü Συμβουλευτήκε να αποφύγει έντονες σωματικές δραστηριοτήτων για 4-6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. ü Ελέχθηκε για σημεία κατάθλιψης 	<ul style="list-style-type: none"> ü Η εξάλειψη της ανησυχίας της ασθενούς, εξασφαλίζοντας έτσι ένα γνώριμο περιβάλλον για την μετεγχειρητική της πορεία.

περιοχή της τομής				
Πυρετός 37,5° C με ρίγος	ü Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό	ü Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος	ü Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων	ü Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων
	ü Πτώση της Θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα	ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών	ü Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος	ü Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα
	ü Εξάλειψη του ρίγους	ü Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετικών για διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας	ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης	ü Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά (Depon/Apotel)
Μετεγχειρητικός πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση	ü Καθυσυχασμός της ασθενούς	ü Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους	ü Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος	ü Η ασθενής φαίνεται ήρεμη και χωρίς έντονη την αίσθηση του πόνου. Έχει καλά ζωτικά σημεία, είναι ξύπνια, δεν παρουσιάζει ναυτία.
	ü Ανακούφιση από τον πόνο	ü Χορήγηση αναλγητικών μετά την σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων.	ü Χορηγήθηκαν αναλγητικά	
		ü Ελέγχεται η λειτουργικότητα των συσκευών παροχетеύσεως, επειδή η κακή λειτουργία τους μπορεί να προκαλέσει πόνο.	ü Ελέγχθηκε η λειτουργικότητα των συσκευών παροχетеύσεως	ü Ενημερώθηκε η ασθενής για τη φύση του πόνου
	ü Ενημέρωση ασθενούς για τη φύση του πόνου, επιπλέον ενημερώνεται			

Shock που οφείλεται σε αναισθησία

ü Αντιμετώπιση του shock

ώστε να μην κάνει απότομες και επικίνδυνες κινήσεις

- ü Έλεγχος ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, SPO₂) κάθε 3 ώρες, τουλάχιστον τα πρώτα 24ωρα.
- ü Ελέγχεται η παροχτευόμενη ποσότητα αίματος. Ενημέρωση ιατρού εάν κριθεί αναγκαίο.
- ü Έλεγχος ιματισμού και επιδεσμικού υλικού, ανά τακτά χρονικά διαστήματα για έλεγχο αιμορραγίας.
- ü Εξασφαλίζεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αντιβιώσεων και αίματος προς αναπλήρωση του αποβαλλόμενου

- ü Ελέχθησαν τα ζωτικά σημεία κάθε 3 ώρες, τουλάχιστον τα πρώτα 24ωρα.
- ü Έγινε έλεγχος για την παροχτευόμενη ποσότητα αίματος.
- ü Έγινε έλεγχος ιματισμού και επιδεσμικού υλικού, ανά τακτά χρονικά διαστήματα για έλεγχο αιμορραγίας.
- ü Εξασφαλίστηκε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αντιβιώσεων και αίματος προς αναπλήρωση του αποβαλλόμενου

- ü Πρόληψη αιμορραγίας και shock, αξιολόγηση των ζωτικών σημείων για τον καθορισμό της θεραπείας που θα ακολουθήσει, διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

5.8.2. Μελέτη 2ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού

Η ασθενής ΜΤ προσήλθε στο τμήμα επείγουσών περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου με εμετούς και διάρροια. Αφού μίλησε με τους γιατρούς διαγνώστηκε με παρενέργειες της χημειοθεραπείας που λαμβάνει εξαιτίας του καρκίνου του μαστού. Έγινε εισαγωγή της ασθενούς. Αρχικά η νοσηλεύτρια συμπλήρωσε το ιστορικό της ασθενούς (Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 58 ετών, έγγαμη, τόπος κατοικίας Λάρισα, επάγγελμα ιδιωτική υπάλληλος, τέκνα 3), γενικές πληροφορίες για την εισαγωγή της στην κλινική (Ημερομηνία Εισόδου: 20/05/2016, Ώρα Παραλαβής: 20:00, Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη, Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητικός, Συνοδεύεται από : Οικογένεια, Τις πληροφορίες δίνει: Η ίδια η ασθενής), ατομικό αναμνηστικό (Αλλεργίες: Καμία, Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα, Χρόνια Νοσήματα: κανένα, Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: 1- Καρκίνος του μαστού) οικογενειακό ιστορικό (Από τον πατέρα: Καμία, από την μητέρα: Καρκίνος του μαστού), την παρούσα κατάσταση (Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος του μαστού, κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: Εμετός, διάρροια, ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση = 110/60 mmHg, Σφίξεις = 70 σφίξεις, Θερμοκρασία = 36,6 C, Αναπνοές = 22/min) και την εξέταση κατά σύστημα.

Στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην αριστερή υποκλείδιο για χρήση φαρμάκων και υγρών. Κατά την νοσηλεία της η ασθενής παρουσιάζει εμετούς και διάρροιες, πυρετό με ρίγος 38 οC και αναιμία.

Ανάγκες – Προβλήματα
Νοσηλευτική διάγνωση

Αντικειμενικός Σκοπός

Προγραμματισμός
νοσηλευτικής φροντίδας

Εφαρμογή

Εκτίμηση αποτελέσματος

Ναυτία και έμετος που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων (Είναι δυνατόν να εμφανιστούν λίγο πριν τη θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτήν ή μπορεί να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν 24 ώρες)

ü Περιορισμός των εμέτων

- ü Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- ü Χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με άδειο στομάχι.
- ü Προγραμματίζονται μικρά συχνά γεύματα.
- ü Χορηγούνται μαλακές τροφές γιατί διευκολύνουν την πέψη.
- ü Συνιστούμε καλή μάσηση της τροφής.
- ü Αποφεύγονται τροφές με έντονα αρώματα, καθώς αυξάνουν τη ναυτία.
- ü Σε περίπτωση που παρουσιαστεί ναυτία, δίνονται κομμάτια πάγου και συμβουλεύουμε την ασθενή να φάει λίγη

- ü Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα
- ü Χορηγήθηκαν χημειοθεραπευτικά φάρμακα με άδειο στομάχι.
- ü Δόθηκαν μικρά συχνά γεύματα με μαλακές τροφές γιατί διευκολύνουν την πέψη.
- ü Διορθώθηκε το ανισοζύγιο και οι ηλεκτρολύτες
- ü Ενημερώθηκε η ασθενής πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- ü Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά η ασθενής και η οικογένεια της συμμετέχει στη φροντίδα της

ü Η ασθενής νιώθει καλύτερα και δεν έχει τάση προς εμετό

φρυγανιά.

- Συνιστάται ανάπαυση μετά το φαγητό γιατί η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη.
- Σε περίπτωση που η ασθενής είχε ναυτία, τη συμβουλεύουμε να πάρει μερικές βαθιές αναπνοές.
- Διατήρηση καθαρής της ασθενούς και σε υγιεινό περιβάλλον χωρίς την κακοσμία εμέτων.
- Διόρθωση του ανισοζυγίου και των ηλεκτρολυτών που πιθανόν να έχουν απορυθμιστεί.
- Ενημέρωση της ασθενούς πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- Ψυχολογική υποστήριξη της

Διάρροια που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων

ü Αντιμετώπιση της διάρροιας

- ü Σχολαστική παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης.
- ü Παρατηρούμε την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- ü Συνιστούμε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί καρποί, χορταρικά, φρούτα, δημητριακά, γλυκά, γαλακτοκομικά.
- ü Συμβουλεύουμε την ασθενή να λαμβάνει

ασθενούς και παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα της

- ü Συστάθηκε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια.
- ü Συμβουλευτήκε η ασθενής να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- ü Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.
- ü Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε κάλιο.
- ü Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα

ü Η ασθενής δεν έχει διάρροια και νιώθει ήρεμη.

μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

- ü Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.
- ü Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.
- ü Φροντίδα του δέρματος.
- ü Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού

Πυρετός 38° C με ρίγος

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ü Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό | ü Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος | ü Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων | ü Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων |
| ü Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα | ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών | ü Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος | ü Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα |
| ü Εξάλειψη του ρίγους | ü Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετικών για διατήρηση της | ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης | |
| | | ü Χορηγήθηκαν τα | |

	φυσιολογικής θερμοκρασίας ☐ Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους	αντιπυρετικά (Depon/Apotel) ☐ Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος
Αναιμία που οφείλεται στην δράση των χημειοθεραπευτικών φάρμακων	☐ Αντιμετώπιση της αναιμίας ☐ Συχνή παρακολούθηση της αιμοσφαιρίνης (φυσιολογικές τιμές: 14-18 g / 100 ml αίματος) και του αιματοκρίτη (φυσιολογικές τιμές: 37-47%). ☐ Παρατήρηση της ασθενούς αν παρουσιάσει κάποια συμπτώματα όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση. ☐ Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και λεύκωμα. ☐ Ελάττωση των δραστηριοτήτων. ☐ Αποφυγή κόπωσης. ☐ Συνιστάται ανάπαυση. ☐ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής	☐ Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε σίδηρο και λεύκωμα. ☐ Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική εντολή. ☐ Η ασθενής κοιμάται και ο τελευταίος εργαστηριακός έλεγχος είναι καλός.

σύμφωνα με ιατρική
εντολή.

- Σε περίπτωση άμεσης
αντιμετώπισης της
αναιμίας κάνουμε
μετάγγιση αίματος
-

5.8.3. Μελέτη 3ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού

Η ασθενής ΜΚ προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου με πόνο στο μαστό. Αρχικά η νοσηλεύτρια συμπλήρωσε το ιστορικό της ασθενούς (Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 58 ετών, έγγαμη, τόπος κατοικίας Αθήνα, επάγγελμα Ιδιωτική υπάλληλος, τέκνα 2), γενικές πληροφορίες για την εισαγωγή της στην κλινική (Ημερομηνία Εισόδου: 29/06/2016, Ώρα Παραλαβής: 21:00, Είδος Εισαγωγής: Έκτακτο, Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητικός, Συνοδεύεται από : Οικογένεια, Τις πληροφορίες δίνει: Η ίδια η ασθενής), ατομικό αναμνηστικό (Αλλεργίες: Καμία, Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα, Χρόνια Νοσήματα: κανένα, Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: 1- σκωληκοειδεκτομή σε παιδική ηλικία) οικογενειακό ιστορικό (Από τον πατέρα: Καμία, από την μητέρα: Καρκίνος του μαστού), την παρούσα κατάσταση (Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος του μαστού, κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: κανένα, ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση = 148/74 mmHg, Σφίξεις = 68 σφίξεις, Θερμοκρασία = 36,6 C, Αναπνοές = 22/min) και την εξέταση κατά σύστημα.

Στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην αριστερή υποκλείδιο για χρήση φαρμάκων και υγρών. Την 2η ημέρα νοσηλείας έπειτα από την διάγνωση του καρκίνου η ασθενής παρουσίασε διαταραχές ύπνου και καταθλιπτικά επεισόδια εξαιτίας της διάγνωσης. Ακόμη η ασθενής παρουσίασε πυρετό 37,5 °C με ρίγος και διάρροια.

Ανάγκες – Προβλήματα
Νοσηλευτική διάγνωση

Αντικειμενικός Σκοπός

Προγραμματισμός
νοσηλευτικής φροντίδας

Εφαρμογή

Εκτίμηση αποτελέσματος

Διαταραχές ύπνου που οφείλονται στην αυξημένη αγωνία

- ü Να αποκατασταθούν οι διαταραχές του ύπνου
- ü Να εξασφαλιστεί ποιοτικός ύπνος στην ασθενή

- ü Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει τη συζήτηση των προβλημάτων της ασθενούς ώστε να «εκτονωθεί» το άγχος και η αγωνία.
- ü Εξασφαλίζει ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον.
- ü Χρησιμοποιεί μέσα που διευκολύνουν τον ύπνο (την ενθαρρύνει να πει ένα ζεστό ρόφημα πριν ξαπλώσει στο κρεβάτι, να κάνει ένα ζεστό μπάνιο, της εξασφαλίζει καθαρό περιβάλλον, άνετα ρούχα).
- ü Φροντίζει, όσο είναι δυνατόν, να εκπληρωθούν όλες οι εκκρεμότητες της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας ώστε να μειωθεί το

- ü Η νοσηλεύτρια ενθάρρυνε τη συζήτηση των προβλημάτων της ασθενούς έτσι αποχώρισε το άγχος και η αγωνία.
- ü Εξασφαλίστηκε ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον.
- ü Κατανάλωσε ένα ζεστό ρόφημα πριν ξαπλώσει στο κρεβάτι
- ü Εκπληρώθηκαν όλες οι εκκρεμότητες της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ημέρας έτσι μειώθηκε το άγχος.
- ü Προγραμματίστηκε ο ύπνος της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος.
- ü Χορηγήθηκαν ηρεμιστικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία

- ü Η ασθενής κοιμάται κατόπιν φαρμακευτικής αγωγής

		<ul style="list-style-type: none"> • άγχος. • Προγραμματίζει τον ύπνο της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος. • Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία 		
Πυρετός 37,5° C με ρίγος	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό • Πτώση της Θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα • Εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος • Αύξηση της IV χορηγίας υγρών • Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετικών για διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας • Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων • Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος • Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης • Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά (Depon/Apotel) • Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων • Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα
Κατάθλιψη που οφείλεται σε γνώση της ασθένειας	<ul style="list-style-type: none"> • Να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη 	<ul style="list-style-type: none"> • Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές συναντήσεις με την ασθενή. • Ρωτά ανοιχτά την ασθενή για τα συναισθήματά της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η νοσηλεύτρια πραγματοποίησε συχνές συναντήσεις με την ασθενή. • Μίλησε ανοιχτά με την ασθενή για τα συναισθήματά της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής έχει αποκτήσει ξανά την αυτοεκτίμησή της.

- Επικεντρώνει την προσοχή της στην ασθενή, δείχνει ενδιαφέρον ακόμη κι αν αυτή δείχνει απρόθυμη ή ανίκανη να συνομιλήσει μαζί της.
- Επίσης, η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή να αναπτύξει κοινωνικές συναναστροφές ώστε να μη νιώθει απομονωμένη.
- Παροτρύνει την ασθενή να φροντίζει μόνη της για την ατομική της υγιεινή και επικροτεί τις προσπάθειές της.
- Βοηθά, επίσης, την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της αυξάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της.
- Ενθαρρύνει την ασθενή στην λήψη αποφάσεων όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό στάδιο.
- Επικέντρωσε την προσοχή της στην ασθενή
- Επίσης, η νοσηλεύτρια ενθάρρυνε την ασθενή να αναπτύξει κοινωνικές συναναστροφές ώστε να μη νιώθει απομονωμένη.
- Παρότρυνε την ασθενή να φροντίζει μόνη της για την ατομική της υγιεινή και επικρότησε τις προσπάθειές της.
- Βοήθησε, επίσης, την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της αυξάνοντας έτσι την αυτοεκτίμησή της.
- Ενθάρρυνε την ασθενή στην λήψη αποφάσεων όταν βρίσκεται σε καταθλιπτικό στάδιο.
- Παρότρυνε την ασθενή να κλαίει αν αυτό της κάνει να αισθάνεται καλύτερα.

		<ul style="list-style-type: none"> ü Παροτρύνει την ασθενή να κλαίει αν αυτό την κάνει να αισθάνεται καλύτερα. ü Τέλος, βοηθά το υπόλοιπο προσωπικό στις προσπάθειές του να επικοινωνήσει μαζί της ώστε να νιώσει καλύτερα 	<ul style="list-style-type: none"> ü Τέλος, βοήθησε το υπόλοιπο προσωπικό στις προσπάθειές του να επικοινωνήσει μαζί της ώστε να νιώσει καλύτερα 	
Διάρροια	<ul style="list-style-type: none"> ü Αντιμετώπιση της διάρροιας 	<ul style="list-style-type: none"> ü Σχολαστική παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης. ü Παρατηρούμε την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης. ü Συνιστούμε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί 	<ul style="list-style-type: none"> ü Συστάθηκε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. ü Συμβουλευτήκε η ασθενής να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. ü Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών. ü Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε κάλιο. 	<ul style="list-style-type: none"> ü Η ασθενής δεν έχει διάρροια και νιώθει ήρεμη.

καρποί, χορταρικά,
φρούτα, δημητριακά,
γλυκά, γαλακτοκομικά.

- ü Συμβουλεύουμε την ασθενή να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- ü Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.
- ü Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.
- ü Φροντίδα του δέρματος.
- ü Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού

- ü Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα

5.8.4. Μελέτη 4ο περιστατικού με καρκίνο του μαστού

Η ασθενής ΧΚ προσήλθε στο τμήμα επείγουσών περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου με εμετούς και διάρροια. Αφού μίλησε με τους γιατρούς διαγνώστηκε με παρενέργειες της ακτινοθεραπείας που λαμβάνει εξαιτίας του καρκίνου του μαστού. Έγινε εισαγωγή της ασθενούς. Αρχικά η νοσηλεύτρια συμπλήρωσε το ιστορικό της ασθενούς (Ασθενής γυναίκα, ηλικίας 52 ετών, έγγαμη, τόπος κατοικίας Λάρισα, επάγγελμα οικιακά, τέκνα 3), γενικές πληροφορίες για την εισαγωγή της στην κλινική (Ημερομηνία Εισόδου: 01/07/2016, Ώρα Παραλαβής: 18:00, Είδος Εισαγωγής: Έκτακτη, Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητικός, Συνοδεύεται από : Οικογένεια, Τις πληροφορίες δίνει: Η ίδια η ασθενής), ατομικό αναμνηστικό (Αλλεργίες: Καμία, Λοιμώδη Νοσήματα: κανένα, Χρόνια Νοσήματα: κανένα, Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής: 1- Καρκίνος του μαστού) οικογενειακό ιστορικό (Από τον πατέρα: Καμία, από την μητέρα: Καρκίνος του μαστού), την παρούσα κατάσταση (Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος του μαστού, κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή: Εμετός, διάρροια, ζωτικά σημεία: Αρτηριακή Πίεση = 110/60 mmHg, Σφίξεις = 70 σφίξεις, Θερμοκρασία = 36,6 C, Αναπνοές = 22/min) και την εξέταση κατά σύστημα.

Στην ασθενή τοποθετήθηκε κεντρικός φλεβικός καθετήρας στην αριστερή υποκλείδιο για χρήση φαρμάκων και υγρών. Κατά την νοσηλεία της η ασθενής παρουσιάζει εμετούς και διάρροιες, πυρετό με ρίγος 38 οC και αλλαγή στη θρέψη που οφείλεται στις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας.

<u>Ανάγκες – Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση αποτελέσματος</u>
Διαταραχές στην κένωση του εντέρου και γενικότερες διαταραχές του πεπτικού συστήματος που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία	<ul style="list-style-type: none"> ü Να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> ü Εκτίμηση της ποιότητας και συχνότητας των κοπράνων. ü Παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. ü Χορήγηση τροφών με χαμηλό υπόλειμμα. ü Καλή ενυδάτωση για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν. ü Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική εντολή. ü Συνιστούμε στην ασθενή να καταπίνει αργά και να μασάει καλά την τροφή ώστε να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών 	<ul style="list-style-type: none"> ü Εκτιμήθηκε η ποιότητα και συχνότητα των κοπράνων. ü Καταγράφηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. ü Χορηγήθηκαν τροφές με χαμηλό υπόλειμμα. ü Καλή ενυδάτωση για την αντικατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών που χάθηκαν. ü Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική εντολή. ü Συστάθηκε στην ασθενή να καταπίνει αργά και να μασάει καλά την τροφή ώστε να αυξηθεί η απορρόφηση των τροφών 	<ul style="list-style-type: none"> ü Μείωση των διαταραχών του πεπτικού συστήματος

<p>Πυρετός 38° C με ρίγος</p>	<ul style="list-style-type: none"> ü Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό ü Πτώση της Θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα ü Εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> ü Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών ü Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετικών για διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας ü Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> ü Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων ü Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος ü Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης ü Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά (Depon/Apotel) ü Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος 	<ul style="list-style-type: none"> ü Παρακολούθηση ανά 3ωρο και μέτρηση ζωτικών σημείων ü Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα
<p>Διάρροια</p>	<ul style="list-style-type: none"> ü Αντιμετώπιση της διάρροιας 	<ul style="list-style-type: none"> ü Σχολαστική παρακολούθηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας της διαρροϊκής κένωσης. ü Παρατηρούμε την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης. ü Συνιστούμε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες 	<ul style="list-style-type: none"> ü Συστάθηκε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν συσπάσεις στους κοιλιακούς μύες και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. ü Συμβουλευτήκε η ασθενής να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. ü Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά ώστε να 	<ul style="list-style-type: none"> ü Η ασθενής δεν έχει διάρροια και νιώθει ήρεμη.

και τροφές που προλαμβάνουν τη διάρροια. Τέτοιες είναι: καφές, φασόλια, ξηροί καρποί, χορταρικά, φρούτα, δημητριακά, γλυκά, γαλακτοκομικά.

- Συμβουλεύουμε την ασθενή να λαμβάνει μικρά συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Χορήγηση άφθονων υγρών ώστε να επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.
- Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Οπότε χορηγούμε τροφές όπως μπανάνες, πορτοκάλια, πατάτες που είναι πλούσιες σε κάλιο.
- Φροντίδα του δέρματος.
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία

επανέλθει η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

- Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε κάλιο.
- Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα

Αλλαγή στη θρέψη που οφείλεται στις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας

	γιατρού		
ü Να αποκατασταθεί η θρέψη της ασθενούς	ü Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα και η επαρκής λήψη υγρών. ü Ζυγίζεται καθημερινά η ασθενής και συγκρίνονται τα αποτελέσματα. ü Η νοσηλεύτρια ρυθμίζει το διαιτολόγιο της ασθενούς και χορηγεί βιταμίνες σύμφωνα με ιατρική οδηγία. ü Χορηγεί πολτοποιημένες τροφές υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (γαλακτοκομικά προϊόντα κλπ.)	ü Πραγματοποιήθηκαν τα μικρά και συχνά γεύματα και η επαρκής λήψη υγρών. ü Ζυγίζεται καθημερινά η ασθενής και συγκρίνονται τα αποτελέσματα. ü Η νοσηλεύτρια ρύθμισε το διαιτολόγιο της ασθενούς και χορήγησε βιταμίνες σύμφωνα με ιατρική οδηγία. ü Χορηγήθηκαν πολτοποιημένες τροφές υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (γαλακτοκομικά προϊόντα κλπ.)	ü Η ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες μας και σταδιακά επιτυγχάνεται η αλλαγή στη θρέψη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μάλλιου Σ, Αγνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππιάς Α, Κριαράς Ι, Γερουλάνος Σ. Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. 2006;23(3):260–78.
2. ΜΑΡΚΕΤΟΣ Σ. Ιστορία της Ιατρικής. Αθήνα; 1993.
3. ΑΓΝΑΝΤΗ Ν, ΜΑΛΑΜΟΥ Μ, ΜΠΑΗ Μ, ΜΠΑΤΙΣΤΑΤΟΥ Α. Ειδική Παθολογική Ανατομική. Τόμος Ι. Ιωάννινα; 2004.
4. Moore K, Dalley A. Breasts. In: AF MKD, editor. Clinically Oriented Anatomy. Fourth Edi. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 72–7.
5. Χατζημπούγιας Ι. Ο Μαστός. In: Χατζημπούγιας Ι, editor. Στοιχεία ανατομικής του Ανθρώπου. Θεσσαλονίκη: GM Designs; 2000. p. 267–76.
6. Osborne M. Breast development and growth. In: Harris JR, Lippman ME MM et al., editor. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 1–14.
7. Kahle H, Platzer W. Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Εσωτερικά όργανα/ Color atlas and textbook of human anatomy. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα / Georg Thieme Verlag; 1985.
8. Κελλαρτζής Δ, Ζαφράκας Μ ΜΙ. Συγγενείς και επίκτητες διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 2007;19:377–83.

9. Sizonenko PC. Endocrinology in preadolescents and adolescents. I. Hormonal changes during normal puberty. *Am J Dis Child*. 1978 Jul;132(7):704–12.
10. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, Bourdony CJ, Bhapkar M V, Koch GG, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. *Pediatrics*. 1997 Apr;99(4):505–12.
11. Shapiro SS KJ. Normal pubertal development. In: (eds) K-C and R, editor. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Second Edi. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams and Wilkins Publishers; 2000. p. 51–68.
12. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. 1969 Jun;44(235):291–303.
13. Neinstein LS. Breast disease in adolescents and young women. *Pediatr Clin North Am*. 1999 Jun;46(3):607–29.
14. Hersh JH, Bloom AS, Cromer AO, Harrison HL, Weisskopf B. Does a supernumerary nipple/renal field defect exist? *Am J Dis Child*. 1987 Sep;141(9):989–91.
15. Mimouni F, Merlob P, Reisner SH. Occurrence of supernumerary nipples in newborns. *Am J Dis Child*. 1983 Oct;137(10):952–3.
16. Κελλαρτζής Δ, Ζαφράκας Μ, Παπανικολάου Α, Τζεβελέκης Φ, Ταρλατζής Β. Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ*. 2009;21(2):115–21.

17. Buckman R, Whittaker T. Καρκίνος μαστού: Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε. ΑΘΗΝΑ: Χρυσή Πέννα; 2000.
18. Cancer Research U. Breast cancer. 2015.
19. Bilimoria MM, Morrow M. The woman at increased risk for breast cancer: evaluation and management strategies. CA Cancer J Clin. Jan;45(5):263–78.
20. McPherson K. ABC of breast diseases: Breast cancer---epidemiology, risk factors, and genetics. BMJ. 2000 Sep 9;321(7261):624–8.
21. Brinton LA DS. Etiology and pathogenesis of breast cancer: incidence, demographics and environmental factors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M HS, editors. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 159- – 68.
22. Willett WC, Rockhill B, Hankinson SE et al. Epidemiology and nongenetic causes of breast cancer. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editor. Disease of the Breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 175- – 220.
23. Black DM. The genetics of breast cancer. Eur J Cancer. 1994 Jan;30(13):1957–61.
24. DeMichele A, Weber B. Inherited genetic factors. In: Harris J, Lippman M, Morrow M, Osborne C, editors. Disease of the Breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 221–36.
25. HILL ADK, DOYLE JM, McDERMOTT EW, O’HIGGINS NJ. Hereditary breast cancer. Br J Surg. 1997 Oct;84(10):1334–9.

26. Isaacs C, Peshkin B, Lerman C. Evaluation and management of women with a strong family history of breast cancer. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M OC, editor. Disease of the Breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 237- – 54.
27. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet (London, England). 1996 Jun 22;347(9017):1713–27.
28. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet (London, England). 1997 Oct 11;350(9084):1047–59.
29. Anderson BO, Lipscomb J, Murillo RH, Thomas DB. Breast cancer. In: Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, editors. Cancer. 3rd editio. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015. p. 45–68.
30. Μπονάτσος Γ, Κακλαμάνος Ι, Γολεμάτης Β. Χειρουργική Παθολογία. ΑΘΗΝΑ: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Πασχαλίδης; 2006.
31. Φύσσας Γ. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Λιβάνη; 2006.
32. Αθανάτου Ε. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ΄. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.; 2000.
33. Theriault RL, Carlson RW, Allred C, Anderson BO, Burstein HJ, Edge

- SB, et al. Breast cancer, version 3.2013: featured updates to the NCCN guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013 Jul;11(7):753–60; quiz 761.
34. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures. American Cancer Society. Atlanta; 1997. 14 p.
 35. Apantaku LM. Breast cancer diagnosis and screening. *Am Fam Physician*. 2000 Aug 1;62(3):596–602, 605–6.
 36. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *CMAJ*. 1992 Nov 15;147(10):1459–76.
 37. Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1993 Oct 20;85(20):1644–56.
 38. Smart CR, Hendrick RE, Rutledge JH, Smith RA. Benefit of mammography screening in women ages 40 to 49 years. Current evidence from randomized controlled trials. *Cancer*. 1995 Apr 1;75(7):1619–26.
 39. Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, et al. Efficacy of breast cancer screening by age. New results from the Swedish Two-County Trial. *Cancer*. 1995 May 15;75(10):2507–17.
 40. Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998 Apr 16;338(16):1089–96.
 41. Morrow M. Breast disease in elderly women. *Surg Clin North Am*. 1994 Feb;74(1):145–61.

42. Cady B, Steele GD, Morrow M, Gardner B, Smith BL, Lee NC, et al. Evaluation of common breast problems: guidance for primary care providers. *CA Cancer J Clin.* Jan;48(1):49–63.
43. Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, Linver M, Pressman P, McGinnis L, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of breast cancer: update 1997. *CA Cancer J Clin.* Jan;47(3):150–3.
44. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer. In: *Guide to clinical preventive services.* 2d ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 73–87.
45. Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Kahn MJ, Lynch P, et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA1 and BRCA2. Cancer Genetics Studies Consortium. *JAMA.* 1997 Mar 26;277(12):997–1003.
46. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Occult cancer in women with dense breasts: detection with screening US--diagnostic yield and tumor characteristics. *Radiology.* 1998 Apr;207(1):191–9.
47. Shyyan R, Sener SF, Anderson BO, Garrote LMF, Hortobágyi GN, Ibarra JA, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: diagnosis resource allocation. *Cancer.* 2008 Oct 15;113(8 Suppl):2257–68.
48. Howell A, Anderson E, Blamey R, Clarke RB, Dixon JM, Dowsett M, et al. The primary use of endocrine therapies. Recent results *cancer Res Fortschritte der Krebsforsch Progrès dans les Rech sur le cancer.* 1998 Jan;152:227–44.
49. Hammond MEH, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve

- S, et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version). *Arch Pathol Lab Med*. 2010 Jul;134(7):e48–72.
50. Sadjadi A, Malekzadeh R, Derakhshan MH, Sepehr A, Nourai M, Sotoudeh M, et al. Cancer occurrence in Ardabil: results of a population-based cancer registry from Iran. *Int J Cancer*. 2003 Oct 20;107(1):113–8.
 51. Yoo C, Ahn J-H, Jung KH, Kim S-B, Kim H-H, Shin HJ, et al. Impact of immunohistochemistry-based molecular subtype on chemosensitivity and survival in patients with breast cancer following neoadjuvant chemotherapy. *J Breast Cancer*. 2012 Jun;15(2):203–10.
 52. Pinto AC, Ades F, de Azambuja E, Piccart-Gebhart M. Trastuzumab for patients with HER2 positive breast cancer: delivery, duration and combination therapies. *Breast*. 2013 Aug;22 Suppl 2:S152–5.
 53. Baker KS. Ancillary breast imaging modalities. In: Powell D, Stelling C, editors. *The diagnosis of breast disease*. St. Louis: Mosby; 1994. p. 46–70.
 54. Parazzini F, La Vecchia C, Riundi R, Pampallona S, Regallo M, Scanni A. Methylxanthine, alcohol-free diet and fibrocystic breast disease: a factorial clinical trial. *Surgery*. 1986 May;99(5):576–81.
 55. Ernster VL, Goodson WH, Hunt TK, Petrakis NL, Sickles EA, Miike R. Vitamin E and benign breast “disease”: a double-blind, randomized clinical trial. *Surgery*. 1985 Apr;97(4):490–4.
 56. Tretli S, Kvalheim G, Thoresen S, Høst H. Survival of breast cancer

- patients diagnosed during pregnancy or lactation. Br J Cancer. 1988 Sep;58(3):382–4.
57. Deaton JG. How to recognise cancer before it's too late. Herald of Health; 1988. 9-11 p.
 58. Brunner L, Suddarth D. Text-book of medical-surgical nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1988.
 59. Bhakta P. Asian women's attitudes to breast self-examination. Nurs Times. Jan;91(8):44–7.
 60. Huguley CM, Brown RL, Greenberg RS, Clark WS. Breast self-examination and survival from breast cancer. Cancer. 1988 Oct 1;62(7):1389–96.
 61. Cretain GK. Motivational factors in breast self-examination. Implications for nurses. Cancer Nurs. 1989 Aug;12(4):250–6.
 62. Singh MM, Devi R, Walia I, Kumar R. Breast self examination for early detection of breast cancer. Indian J Med Sci. Medknow Publications; 1999 Mar 1;53(3):120–6.
 63. Board PATE. Breast Cancer Treatment and Pregnancy (PDQ®) [Internet]. National Cancer Institute (US); 2015 [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/PMH0032705/>
 64. Hayes DF. Άτλας καρκινώματος του μαστού (μετάφραση: Περικλής Βασιλόπουλος). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις ΓΡΗΓ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ Μαρία Γρ. Παρισιανού; 2000.
 65. Ανδρουλάκης ΓΑ. Περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Αθήνα:

- Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης; 2001.
66. Μαλαγαρινού ΜΑ, Κωνσταντινίδου ΣΦ. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική. τόμος Β', . Αθήνα: εκδόσεις ΗΤΑΒΙΘΑ; 1997.
 67. Πινακίδης Μ, Μπούτης Λ. Καρκίνος Μαστού. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 1993.
 68. Ignatavicius DD, Workman ML. Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. 5η έκδοση,. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 2008.
 69. Κατσώχης Κ, και συνεργάτες. Χειρουργικές παθήσεις μαστού. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2000.
 70. Andreoli T, Carpenter C, Griggs R. Cecil Βασική Παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 2003.
 71. Κωνσταντινίδης Θ, Αγοραστός Θ. Περιγραφική επιδημιολογία του γυναικολογικού καρκίνου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2001.
 72. Veronesi U, Maisonneuve P, Costa A, Sacchini V, Maltoni C, Robertson C, et al. Prevention of breast cancer with tamoxifen: preliminary findings from the Italian randomised trial among hysterectomised women. Italian Tamoxifen Prevention Study. *Lancet* (London, England). 1998 Jul 11;352(9122):93–7.
 73. Fisher B, Costantino J. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the national surgical adjuvant breast and bowel project P-1 study. *J Natl Cancer Inst.* 1999 Nov 3;91(21):1891A – 1892.
 74. Jordan CV, Costa A. Chemoprevention. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editor. *Disease of the Breast*. Philadelphia:

- Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 265- – 80.
75. Powles T, Eeles R, Ashley S, Easton D, Chang J, Dowsett M, et al. Interim analysis of the incidence of breast cancer in the Royal Marsden Hospital tamoxifen randomised chemoprevention trial. *Lancet* (London, England). 1998 Jul 11;352(9122):98–101.
 76. Jordan VC, Glusman JE, Eckert S et al. Raloxifene reduces incident primary breast cancers: integrated data from multicenter double blind placebo controlled, randomised trials in postmenopausal women. *Breast Cancer Res Treat*. 1998;50:227.
 77. Λάγιου Α. Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 2008;25(6):742–8.
 78. Richie RC, Swanson JO. Breast cancer: a review of the literature. *J Insur Med* [Internet]. 2003 Jan [cited 2016 Mar 16];35(2):85–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14733031>
 79. Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* [Internet]. 2001 Mar [cited 2015 Oct 13];2(3):133–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11902563>
 80. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer* [Internet]. 2001 Oct 15 [cited 2015 Nov 10];94(2):153–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11668491>
 81. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. Globocan 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence. Worldwide IARC cancer base no 5, version 2.0,. IARC Press Lyon. 2004;

82. Tominaga S. Cancer incidence in Japanese in Japan, Hawaii, and western United States. *Natl Cancer Inst Monogr* [Internet]. 1985 Dec [cited 2016 Mar 16];69:83–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3834350>
83. Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, Hildesheim A, Nomura AM, West DW, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 1993 Nov 17 [cited 2016 Feb 23];85(22):1819–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8230262>
84. Bray F, Ren J-S, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133–45.
85. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. Jan;52(1):23–47.
86. Parkin DM, Fernández LMG. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. *Breast J*. Jan;12 Suppl 1:S70–80.
87. Ferlay, J., Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, S. E, And Others. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC CancerBase No 11 [Internet]. 2013; Available from: International Agency for Research on Cancer.
88. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. *CA Cancer J Clin*. Jan;50(1):7–33.
89. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* (London, England). 2011

- Oct 22;378(9801):1461–84.
90. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 16];59(4):225–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474385>
 91. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami H-O. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010 Sep 23;363(13):1203–10.
 92. Weir HK, Thun MJ, Hankey BF, Ries LAG, Howe HL, Wingo PA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2000, featuring the uses of surveillance data for cancer prevention and control. *J Natl Cancer Inst*. 2003 Sep 3;95(17):1276–99.
 93. Chu KC, Smart CR, Tarone RE. Analysis of breast cancer mortality and stage distribution by age for the Health Insurance Plan clinical trial. *J Natl Cancer Inst*. 1988 Sep 21;80(14):1125–32.
 94. Clarke M. Meta-analyses of adjuvant therapies for women with early breast cancer: the Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group overview. *Ann Oncol*. 2006 Sep;17 Suppl 1:x59–62.
 95. Perloff M, Lesnick GJ, Korzun A, Chu F, Holland JF, Thirlwell MP, et al. Combination chemotherapy with mastectomy or radiotherapy for stage III breast carcinoma: a Cancer and Leukemia Group B study. *J Clin Oncol*. 1988 Feb;6(2):261–9.
 96. Hisham AN, Yip CH. Spectrum of breast cancer in Malaysian women: overview. *World J Surg*. 2003 Aug;27(8):921–3.
 97. Chopra R. The Indian scene. *J Clin Oncol*. 2001 Sep 15;19(18

- Suppl):106S – 111S.
98. Sant M, Allemani C, Berrino F, Coleman MP, Aareleid T, Chaplain G, et al. Breast carcinoma survival in Europe and the United States. *Cancer*. 2004 Feb 15;100(4):715–22.
 99. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2005 Oct 27;353(17):1784–92.
 100. Λεμονίδου, Χ. Π– ΚΕ. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Τόμος 1. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης; 2002.
 101. ΚΟΝΙΑΡΗ Ε. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 1991.
 102. Μαρκόπουλος Χ. Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και θεραπεία. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης; 2004.
 103. Wymelenberg S. Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και θεραπεία. Μετάφραση: Μπουλάς. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Πασχαλίδης; 2004.
 104. Σαχίνη-Καρδάση Ά, Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική. τόμος Β΄. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα; 2000.
 105. Σοφρονίφης Κ. Ιωάννης. Απεικονιστικός έλεγχος του μαστού: Διάγνωση, πρόληψη. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 1991.
 106. Ιακωβίδης Β. Ψυχολογικές επιπτώσεις μιας νεοπλασίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. 2005;8–12.

107. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. έκδοση Δ΄. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος; 2004.
108. Χανιώτης Φ, Χανιώτης Δ. Νοσολογία - Παθολογία. τόμος Α΄. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 2002.
109. Σαπουντζή Κ. Χρόνια ασθένεια. Μια ολιστική προσέγγιση. έκδοση Β΄. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Ελλήν; 2004.
110. Πλατή Χ. Γεροντολογική νοσηλευτική. έκδοση ΣΤ΄. Αθήνα: Γιώργος Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.; 2004.
111. Hildelrey L.J. Radiotherapy. In: Groenwold S.L, Hansen-Frogge M, Goodman M, Yorbo C., editors. Cancer Nursing Principles and Practice. 4th editio. Toronto, Canada: Jones and Barlett Publishers; 1997.
112. Κάρλου Χ. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων από το γαστρεντερολογικό. In: Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και Leonardo da Vinci.; 2001.
113. Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care--a literature study. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2001 Sep [cited 2016 Mar 16];10(3):147–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11829374>
114. Παπαδημητρίου Ι. Σύγχρονη γενική χειρουργική. τόμος Α΄. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.; 2000.
115. Πετρίδης Α. Εγχειρίδιο Χειρουργικής. τρίτη έκδο. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Ελλήν; 2001.