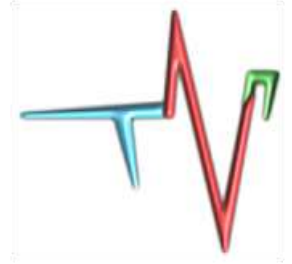




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΠΡΙΝΙΩΤΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΑΛΜΠΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ- 2020

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι, μέσω της γνώσης των επικρατέστερων θεραπειών για τον καρκίνο του μαστού και των επιπτώσεών τους, να είναι ικανός ο νοσηλευτής να παρέχει μία ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή.

Ανασκόπηση: Ο όρος "καρκίνος του μαστού" αναφέρεται σε έναν κακοήγη όγκο, ο οποίος έχει αναπτυχθεί στα κύτταρα του μαστού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο καρκίνος του μαστού ξεκινάει να αναπτύσσεται στα λοβία του μαστού, τα οποία παράγουν το γάλα, ή στους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι παροχετεύουν το γάλα από τα λοβία στη θηλή. Σε λιγότερο συχνά εμφανιζόμενες περιπτώσεις, ο καρκίνος μπορεί να ξεκινήσει να αναπτύσσεται στους στρωματικούς ιστούς της περιοχής, οι οποίοι είναι οι λιπώδεις, ινώδεις και συνδετικοί ιστοί του μαστού. Συνήθως, η νόσος είναι ανώδυνη και δεν εμφανίζει κάποιο σημείο έως ότου το συμπαγές ογκίδιο που έχει σχηματιστεί να είναι ψηλαφητό. Μέσω της αυτοεξέτασης επέρχεται συνήθως η πρώτη υποψία που θα οδηγήσει στην εξέταση από ιατρό. Η διάγνωση γίνεται κυρίως μέσω της μαστογραφίας και της βιοψίας, ενώ άλλες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία. Οι πιο ευεργετικές για τον ασθενή θεραπείες είναι η χειρουργική επέμβαση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε την αναζήτηση ανασκοπικών και κλινικών μελετών στις βάσεις δεδομένων Heal-Link, Science Direct, και Wiley Online Library. Περαιτέρω βιβλιογραφία αναζητήθηκε σε πηγές που παρείχε η βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών.

Συμπεράσματα: Είναι αναμφισβήτητο πως με τις συνεχείς έρευνες και μελέτες που διεκπεραιώνονται προκειμένου ο καρκίνος του μαστού να αποκτήσει καλύτερη πρόγνωση για τους ασθενείς, η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί φόβο σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς τα περιστατικά συνεχώς αυξάνονται. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω της μαστογραφίας, η οποία μπορεί να ανιχνεύσει όγκους ακόμη και 2 χρόνια πριν γίνουν ψηλαφητοί, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενημέρωσης του κοινού και της ευαισθητοποίησης του. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα ποσοστά της θνησιμότητας είναι δυνατό να μειωθούν σημαντικά.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του μαστού, επιπτώσεις, ψυχοσωματική φροντίδα

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this thesis is for the nurse to be able to provide holistic and personalized care to the patient, through the knowledge of the main treatments for breast cancer and the effects these treatments may have.

Retrospection: The term “breast cancer” refers to a malignant tumor, which has developed in breast cells. In most cases, breast cancer develops in the breast lobules, which produce the milk, or in the milk ducts that drain the milk from the lobules towards the nipple of the breast. In less frequently occurring cases, cancer can start to grow on the stromal tissues of the area, which include the fatty and fibrous connective tissues of the breast. Most of the times, breast cancer is painless and has no symptoms, until the mass starts being palpable. Self-examination is usually the first suspicion that will lead to a medical examination. Diagnosis is mainly done through mammography and biopsy, while other methods that are used is the ultrasound and magnetic resonance imaging. The most beneficial treatments for the patient are surgery, chemotherapy and hormone therapy.

Methodology: The methodology followed, included search of retrospective and clinical studies in data bases Heal-Link, Science Direct and Wiley Online Library. Further research was done through sources provided by the library of the University of Patras.

Conclusions: It is a foregone conclusion that with the ongoing research and studies that are being carried out in order to succeed in having a better prognosis for the patients, breast cancer is a global concern, as the impression rate is increasing. Early diagnosis by mammography, which can detect tumors even 2 years before they become palpable, can be achieved by informing the public and raising awareness. In this way, mortality rates can be significantly reduced.

Keywords: breast cancer, side-effects, psychosomatic care

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	9
1.1. Ανατομία του μ	9
1.2. Φυσιολογία του μ	9
1.3. Τύποι και στάδια του καρκίνου του μ.....	11
1.4. Αιτιολογία και παράγ	14
1.5. Συμπτώματα καρκίνου του μ	19
1.6. Διάγνωση	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	24
ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	24
2.1. Χειρουργική επέ.....	24
2.2. Χημειοθερ	25
2.3. Ακτινοθερ.....	29
2.4. Ορμονοθερ	30
2.5. Συμπληρωματικές θερα.....	32
2.6. Θεραπεία κατά την εγκυμ	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	37
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ .	37
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	37
3.1. Σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου του μ.....	37
3.1.1. Πόνος και ο ρόλος του	37
3.1.2. Κακή θρέψη και ο ρόλος του	39
3.1.3. Χειρουργική επέμβαση και ο ρόλος του	44
3.1.4. Χημειοθεραπεία και ο ρόλος του	47
3.1.5. Ακτινοθεραπεία και ο ρόλος του	52
3.1.6. Ορμονοθεραπεία και ο ρόλος του	55
3.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μ	57
3.2.1. Κατάθλιψη	58
3.2.2. Αίσθη.....	62
3.2.3. Σεξου.....	63
3.2.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση του ασθενούς και της οικογέν.....	66
3.2.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη του	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	70
Η ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	70
4.1. Επαναληπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση πιθανής επανεμφάνισης του καρ.....	70
4.2. Αποκατάσταση μ.....	71
4.3. Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μ.....	73
4.4. Ορμονοθεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης μετά 74	

τον καρκίνο του μαστού.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	76
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	76
5.1. Περιστατικό 1ο	76
5.2. Περιστατικό 2ο	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια στην οποία τα κύτταρα του μαστού πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Υπάρχουν διάφορα είδη καρκίνου του μαστού, τα οποία εξαρτώνται από το ποια κύτταρα στο μαστό μετατρέπονται σε καρκινικά. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι περισσότεροι όγκοι του μαστού είναι καλοήθεις και όχι κακοήθεις (καρκίνος). Οι καλοήθεις όγκοι του μαστού είναι μη φυσιολογικοί, αλλά δεν εξαπλώνονται εκτός του μαστού. Δεν είναι απειλητικοί για τη ζωή, αλλά μερικοί τύποι καλοήθων όγκων του μαστού μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οποιοσδήποτε όγκος ή αλλαγή του μαστού πρέπει να ελεγχθεί από έναν επαγγελματία υγείας προκειμένου να διαπιστωθεί εάν είναι καλοήθης ή κακοήθης και αν μπορεί να επηρεάσει τον μελλοντικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Ο καρκίνος μπορεί να εξαπλωθεί εκτός του μαστού μέσω των αιμοφόρων αγγείων και των λεμφικών αγγείων. Όταν εξαπλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος, λέγεται ότι έχει μετασταθεί.⁴⁹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος μεταξύ των γυναικών, που πλήττει 2,1 εκατομμύρια γυναίκες κάθε χρόνο και προκαλεί επίσης τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο μεταξύ των γυναικών. Το 2018, εκτιμάται ότι 627.000 γυναίκες πέθαναν από καρκίνο του μαστού - δηλαδή περίπου το 15% όλων των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες. Ενώ τα ποσοστά καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερα σε πιο ανεπτυγμένες περιοχές, τα ποσοστά αυξάνονται σχεδόν σε όλες τις περιφέρειες παγκοσμίως. Στην Ελλάδα αναφέρονται περίπου 6.000 νέες περιπτώσεις το χρόνο.⁵⁰

Ο τύπος του καρκίνου του μαστού προσδιορίζεται από τα κύτταρα του μαστού που επηρεάζονται. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι καρκινώματα, δηλαδή όγκοι που ξεκινούν στα επιθηλιακά κύτταρα. Ένας πιο συγκεκριμένος τύπος καρκινώματος, ο οποίος εμφανίζεται συχνά, είναι το αδενοκαρκίνωμα, το οποίο ξεκινά να αναπτύσσεται στα κύτταρα των λοβίων ή των γαλακτοφόρων πόρων. Όσον αφορά τη σταδιοποίηση, η ύπαρξή της βοηθάει στο να περιγραφεί η τοποθεσία του καρκίνου και η πιθανή εξάπλωσή του, καθώς και το αν επηρεάζει άλλα όργανα του σώματος. Προκειμένου να γίνει ο προσδιορισμός του σταδίου του καρκίνου, πραγματοποιούνται ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις. Είναι σημαντικό για τον

θεράποντα ιατρό να γνωρίζει σε ποιο στάδιο κατατάσσεται η περίπτωση του καρκίνου που καλείται να αντιμετωπίσει, καθώς βοηθάει στην επιλογή θεραπείας, στην εκτίμηση πιθανής επανεμφάνισης και στην εκτίμηση της πρόγνωσης του ασθενή. Αποτελεί, επίσης, κοινό κώδικα μεταξύ του προσωπικού υγείας, ώστε όλα τα μέλη να επικοινωνούν αποτελεσματικά και με ακρίβεια. 47, 48

Τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι ποικίλα, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει κανένα εμφανές σύμπτωμα. Μπορεί ένα ογκίδιο να είναι πολύ μικρό ώστε να μπορεί να ψηλαφιστεί ή να προκαλέσει κάποια αλλαγή στην μορφή και αίσθηση του μαστού. Η εμφάνιση μιας μάζας που δεν προκαλεί πόνο, είναι σκληρή στην αίσθηση, και έχει ανομοιόμορφα άκρα, είναι πιθανό να είναι σχηματισμός καρκίνου. Υπάρχουν και περιπτώσεις που τα καρκινικά ογκίδια παρουσιάζουν ευαισθησία, είναι μαλακά στην αίσθηση, και στρογγυλά σε σχήμα. Η αυτοεξέταση του μαστού θα πρέπει να είναι μία μηνιαία ρουτίνα, καθώς όσο πιο σύντομα γίνει η διάγνωση για τον καρκίνο του μαστού, τόσο καλύτερη είναι και η πρόγνωση της νόσου. Η περίοδος της διάγνωσης μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες και να περιλαμβάνει πολλαπλές διαδικασίες. Μέσω της συζήτησης του ασθενή με τον ιατρό του, η θεραπευτική μέθοδος που θα ακολουθηθεί είναι εξατομικευμένη. Υπάρχουν πολλές διαθέσιμες θεραπευτικές μέθοδοι, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου. Κάποιοι ασθενείς θα προγραμματίσουν μονάχα μία μέθοδο, όμως οι περισσότεροι θα χρειαστούν έναν συνδυασμό αυτών. 49, 50

Οι καρκινικές θεραπείες είναι πιθανό να εμφανίσουν πολλαπλές επιπτώσεις για τον ασθενή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζονται είναι λόγω της καταστροφής των υγιών κυττάρων, η οποία καταστροφή είναι αναπόφευκτη για οποιαδήποτε θεραπεία επιλεγεί. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι διαφορετικές για τον κάθε ασθενή. Μερικές από τις πιο συχνές σωματικές επιπτώσεις είναι η αλωπεκία, η ναυτία και η τάση προς έμετο, ο πόνος, η κακή θρέψη και η κόπωση. Ψυχολογικές επιπτώσεις που είναι πιθανό να εμφανιστούν είναι η κατάθλιψη και το άγχος, το αίσθημα ενοχής, προβλήματα στην αντίληψη του σωματικού ειδώλου και στη σεξουαλικότητα, καθώς και ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο οποίος χρήζει άμεσης προσοχής. 51

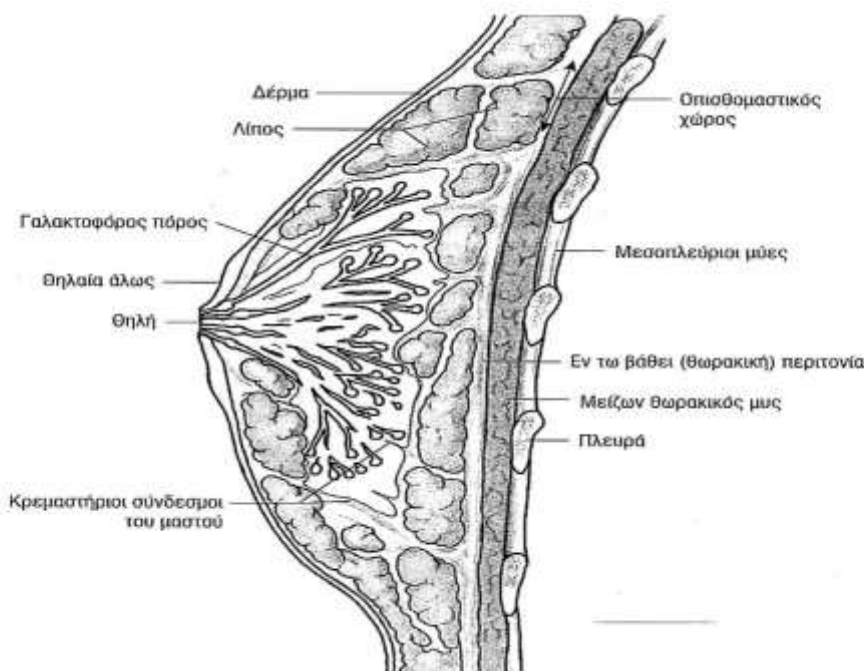
Η σύγχρονη νοσηλευτική ορίζει πως ο ρόλος του νοσηλευτή δεν πρέπει να επιμένει μονάχα στη σωματική φροντίδα, αλλά να επεκτείνεται και στην ψυχολογική. Με αυτόν τον τρόπο η φροντίδα χαρακτηρίζεται ως ολιστική, επομένως και για τον προγραμματισμό της θα πρέπει να εξετάζεται κάθε παράμετρος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΑΣΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1. Ανατομία του μαστού

Ο μαστός δεν περιβάλλεται από κάψα και εντοπίζεται στην επιτολής περιτονία, πάνω στον μείζονα θωρακικό μυ. Όπως παρουσιάζεται στην ακόλουθη εικόνα η θηλαία άλω είναι ένα κυκλικό μελάγχρουν τμήμα δέρματος που περιβάλλει τη θηλή. Η θηλή είναι η κυλινδρική προεξοχή εντός της θηλαίας άλω. Οι γαλακτοφόροι πόροι εντοπίζονται στο υποδόριο λίπος στο βάθος της θηλής και της θηλαίας άλω. Υπάρχουν 15-20 πόροι που παροχετεύουν το γάλα από τον αδενικό ιστό στη θηλή. Στο υποδόριο λίπος εντοπίζεται επίσης και ο αδενικός ιστός. Οι κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού είναι ινώδεις δεσμίδες που συνδέουν την εν τω βάθει περιτονία με το δέρμα. Ο οπισθομαστικός χώρος αποτελεί περιοχή χαλαρού συνδετικού ιστού μεταξύ της εν τω βάθει περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός και του μαστού (εικόνα 1).¹



Εικόνα 1: Ανατομικά στοιχεία του μαστού

1.2. Φυσιολογία του μαστού

Η βιολογική αποστολή που εξυπηρετεί ο γυναικείος μαστός είναι η γαλουχία, καθώς είναι το μέσο της εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού. Προκειμένου να φτάσει ο μαστός σε αυτή τη μορφή πρέπει ο αδένας να αναπτυχθεί μέσω των σταδίων εξέλιξης.

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού εξαρτάται από την επίδραση πολλαπλών ορμονών. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, οι οποίοι βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και του διάμεσου και λιπώδους ιστού. Αυτοί οι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική ορμόνη, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές. Για αυτόν το λόγο, η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού συστήματος.

Η προλακτίνη είναι η ορμόνη που ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, και εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Τα οιστρογόνα αυξάνουν τον αριθμό των υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου των κυστιδίων και των γαλακτοφόρων πόρων και με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, καζεΐνης και α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη, μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της, μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διαμέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Σε μικρό διάστημα από τη γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων-προγεστερόνης είναι ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή), όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορυσιακού κύκλου, με τη βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο ο μαστός υφίσταται αλλαγές. Την εικόνα ηρεμίας

αμέσως μετά τη περίοδο και κατά τη πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και υψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και την προεμμηνορροϊκή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγούν στο χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι την κατάληξη στη γεροντική μορφή του μαστού.

Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας- δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με τη δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νεοπαγής ενδοκρινής αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες ορμόνες της κύησης (οιστρογόνα, προγεστερόνη) ή από νεοεμφανιζόμενες (πλακουντικό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Ως συνέπεια αυτών των επιδράσεων, ο αδένου αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και τη παρουσία του πλακουντικού γαλακτογόνου, ο μαστός προετοιμάζεται λειτουργικά κατά την κύηση για τη παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη, αλλά και για τη διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσικής αυτής ορμόνης με την επίδραση του πλακουντικού γαλακτογόνου αυξάνεται από τον πέμπτο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωσή της να φθάνει στο δεκαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών.²

1.3. Τύποι και στάδια του καρκίνου του μαστού

Οι τύποι του καρκίνου του μαστού κατατάσσονται αναλόγως με τον τύπο του ιστού από τον οποίο παράγονται τα καρκινικά κύτταρα. Οι επιθηλιακοί τύποι είναι το πορογενές *in situ* καρκίνωμα (25%-30% των περιπτώσεων), λοβιδιακό *in situ* καρκίνωμα (1% περιπτώσεων), διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (80% περιπτώσεων), διηθητικό λοβιδιακό καρκίνωμα (10% περιπτώσεων), διηθητικό βλενωδες καρκίνωμα (2% περιπτώσεων), διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα (5% περιπτώσεων), διηθητικό μυελοειδές καρκίνωμα (4% περιπτώσεων),

διηθητικό σωληνώδες καρκίνωμα (1%-3% περιπτώσεων) και η νόσος του Paget (συνήθως συνυπάρχει με το πορογενές in situ καρκίνωμα). Οι μη επιθηλιακοί είναι τα σαρκώματα και τα λεμφώματα.⁵³

Το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα είναι το συνηθέστερο καρκίνωμα, με περίπου 8 στις 10 ασθενείς με διηθητικό καρκίνο, να πάσχουν από αυτό. Η καρκινογένεση ξεκινάει στην εσωτερική μεμβράνη του γαλακτοφόρου πόρου, με τα καρκινικά κύτταρα να εξαπλώνονται στον λιπώδη ιστό του μαστού. Μέσω του λεμφικού συστήματος και της κυκλοφορίας του αίματος τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν να εξαπλωθούν και σε άλλα όργανα του σώματος, δημιουργώντας μεταστάσεις.³

Το αμέσως επόμενο σε συχνότητα καρκίνωμα, το πορογενές in situ, με περίπου 1 στα 5 κρούσματα, είναι ένα πρώιμο στάδιο του καρκίνου του μαστού. Η καρκινογένεση παρουσιάζεται στον γαλακτοφόρο πόρο, χωρίς να έχει ακόμα εξαπλωθεί.

Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού αποτελεί τον δεύτερο συνηθέστερο διηθητικό καρκίνο του μαστού, και τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο του μαστού συνολικά. Η καρκινογένεση ξεκινάει από τους λοβούς και επεκτείνεται στους γειτονικούς ιστούς του μαστού. Στη συνέχεια μπορεί να κάνει μετάσταση και σε άλλα όργανα του σώματος.

Το στάδιο του καρκίνου του μαστού καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά του καρκινώματος, όπως το πόσο μεγάλο είναι και αν έχει ή όχι υποδοχείς ορμονών. Η αναγνώριση του σταδίου του καρκίνου βοηθάει στο να υπολογιστεί η πρόγνωση της ασθενούς, το πιθανό αποτέλεσμα της νόσου, να αποφασιστεί η καλύτερη επιλογή θεραπείας, και να καθοριστεί αν ορισμένες κλινικές δοκιμές μπορεί να είναι μια καλή επιλογή.⁴

Το στάδιο του καρκίνου του μαστού εκφράζεται συνήθως ως αριθμός σε κλίμακα από το 0 έως το IV -με το στάδιο 0 να περιγράφει τους μη διηθητικούς καρκίνους και το στάδιο IV περιγράφοντας διηθητικούς καρκίνους που έχουν εξαπλωθεί έξω από το στήθος σε άλλα μέρη του σώματος.⁵

Το σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού ονομάζεται σύστημα TNM και εποπτεύεται από την Αμερικανική Μεικτή Επιτροπή για τον Καρκίνο (American Joint Committee on Cancer- AJCC). Η επιτροπή αυτή αποτελεί μια ομάδα ειδικών του καρκίνου που επιβλέπει τον τρόπο με τον οποίο ο καρκίνος ταξινομείται. Με τον τρόπο αυτό, όλοι οι γιατροί και οι θεραπευτικές μονάδες περιγράφουν τον καρκίνο με κοινό τρόπο, έτσι ώστε τα αποτελέσματα της θεραπείας όλων των ανθρώπων να μπορούν να συγκριθούν και να κατανοηθούν.

Το 2018, η AJCC ενημέρωσε τις κατευθυντήριες γραμμές για να προσθέσει νέα χαρακτηριστικά στο σύστημα TNM για τον προσδιορισμό του σταδίου του καρκίνου. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι ο βαθμός του όγκου, μια μέτρηση του πόσο τα καρκινικά κύτταρα είναι όμοια με τα φυσιολογικά κύτταρα. Έπειτα, αξιολογείται αν τα καρκινικά κύτταρα διαθέτουν υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης, αν τα κύτταρα παράγουν πρωτεΐνη HER2, και αν στην ανάλυση oncotype DX ο καρκίνος είναι θετικός στους υποδοχείς οιστρογόνων, αρνητικός στην πρωτεΐνη HER2 και δεν υπάρχει στους λεμφαδένες. Η εξέταση των παραπάνω χαρακτηριστικών έχει καταστήσει την σταδιοποίηση του καρκίνου πιο περίπλοκη, ταυτόχρονα όμως και πιο στοχευμένη.

Άλλες λέξεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ώστε να περιγράψουν τον καρκίνο είναι το αν είναι τοπικός, δηλαδή περιορίζεται στο μαστό, αν εμφανίζεται περιφερειακά, δηλαδή στους αδένες και κυρίως σε εκείνους της μασχάλης, και αν είναι μακρινό, βρίσκεται δηλαδή και σε άλλα μέρη του σώματος.⁶

Πιο αναλυτικά, το στάδιο 0 χρησιμοποιείται για την περιγραφή μη διηθητικών καρκίνων του μαστού, όπως το πορογενές καρκίνωμα *in situ*. Στο στάδιο 0, δεν υπάρχουν ενδείξεις καρκινικών κυττάρων ή μη καρκινικών ανώμαλων κυττάρων εκτός του τμήματος του μαστού από το οποίο προήλθαν, ούτε έχουν εισβάλει σε γειτονικούς φυσιολογικούς ιστούς. Το στάδιο I περιγράφει διηθητικό καρκίνο του μαστού (τα καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν στον φυσιολογικό ιστό του μαστού) και χωρίζεται σε υποκατηγορίες γνωστές ως IA και IB. Το στάδιο II χωρίζεται σε υποκατηγορίες γνωστές ως IIA και IIB, καθώς και το στάδιο III χωρίζεται σε υποκατηγορίες γνωστές ως IIIA, IIIB και IIIC. Τέλος, το στάδιο IV περιγράφει διηθητικό καρκίνο του μαστού που έχει εξαπλωθεί πέρα από τον μαστό και τους κοντινούς

λεμφαδένες σε άλλα όργανα του σώματος, όπως οι πνεύμονες, οι μακρινοί λεμφαδένες, το δέρμα, τα οστά, το ήπαρ ή ο εγκέφαλος. Χρησιμοποιούνται επίσης οι λέξεις "προχωρημένος" και "μεταστατικός" καρκίνος. Ο καρκίνος μπορεί να βρίσκεται στο στάδιο IV κατά την πρώτη διάγνωση, που ονομάζεται από τους ιατρούς «de novo» (εκ νέου), ή μπορεί να είναι μια επανεμφάνιση ενός προηγούμενου καρκίνου του μαστού που έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος.⁷

1.4. Αιτιολογία και παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολυπαραγοντική πάθηση, η οποία ακόμα και σήμερα ερευνάται για νέα στοιχεία που θα μπορέσουν να κινητοποιήσουν τόσο τον μέσο πληθυσμό, όσο και το προσωπικό υγείας για να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή πρόληψη και αντιμετώπιση. Παρ' όλα αυτά, οι παράγοντες κινδύνου έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Παράγοντας κινδύνου είναι οτιδήποτε αυξάνει τις πιθανότητες κάποιου ατόμου να αναπτύξει μια ασθένεια (βαθμός ευπάθειας). Έχοντας έναν ή ακόμα και πολλούς παράγοντες κινδύνου δεν σημαίνει ότι κάποιος θα νοσήσει.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ενδογενείς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή οι μη τροποποιήσιμοι. Ο βασικότερος μη τροποποιήσιμος παράγοντας είναι το φύλο. Οι άνδρες μπορούν επίσης να νοσήσουν, αλλά η ασθένεια είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης και η ηλικία του ατόμου. Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού αυξάνεται. Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού παρουσιάζονται σε γυναίκες ηλικίας 55 ετών και άνω.⁸

Η κληρονομικότητα ευθύνεται περίπου για το 5% έως 10% των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος έχει προκληθεί άμεσα από γονιδιακές μεταβολές (μεταλλάξεις) που μεταδίδονται κληρονομικά. Η πιο κοινή αιτία κληρονομικού καρκίνου του μαστού είναι μια κληρονομική μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 ή BRCA2. Σε φυσιολογικά κύτταρα, αυτά τα γονίδια βοηθούν στην παραγωγή πρωτεϊνών που επισκευάζουν το κατεστραμμένο DNA. Μεταλλαγμένες εκδόσεις αυτών των γονιδίων μπορεί να οδηγήσουν σε ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο. Άλλες μεταλλάξεις

γονιδίων μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε κληρονομικούς καρκίνους του μαστού. Αυτές οι μεταλλάξεις γονιδίων είναι πολύ λιγότερο συχνές και οι περισσότερες από αυτές δεν αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού όσο τα γονίδια BRCA. Είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν γενετικές εξετάσεις για να αναζητηθούν κληρονομικές μεταλλάξεις στα γονίδια. Αυτό μπορεί να είναι μια επιλογή για ορισμένες γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, καθώς και για ορισμένες γυναίκες με παράγοντες που τις θέτουν σε υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, όπως ένα ισχυρό οικογενειακό ιστορικό. Ενώ οι συγκεκριμένες εξετάσεις μπορεί να είναι χρήσιμες σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν χρειάζεται να υποβάλλεται σε αυτές κάθε γυναίκα και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι περισσότερες γυναίκες που νοσούν με καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Ωστόσο, οι γυναίκες που έχουν στενούς συγγενείς αίματος με καρκίνο του μαστού έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (οικογενειακό ιστορικό). Η ύπαρξη ενός συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα/ πατέρα, αδελφή/ αδελφό ή κόρη/ γιος) με καρκίνο του μαστού σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να νοσήσει. Η ύπαρξη 2 συγγενών πρώτου βαθμού αυξάνει τον κίνδυνο περίπου 3 φορές. Συνολικά, περίπου το 15% των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχει ένα μέλος της οικογένειας με αυτή την ασθένεια. ⁴

Επίσης η ύπαρξη ατομικού ιστορικού με καρκίνο του μαστού αποτελεί έναν ακόμη μη τροποποιήσιμο παράγοντα. Μια γυναίκα με καρκίνο στον έναν μαστό έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει νέο καρκίνο στον άλλο μαστό ή σε άλλο μέρος του ίδιου μαστού. Αυτός ο παράγοντας είναι υψηλότερος σε νεότερες ηλικιακά γυναίκες.

Όσον αφορά τη φυλή και την εθνικότητα, οι λευκές γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες της Αφρικής και της Αμερικής, αν και το χάσμα μεταξύ τους έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Οι γυναίκες από την Ασία, Ισπανία και Αμερική έχουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης και θανάτου από καρκίνο του μαστού. ^{7, 8}

Πολλές μελέτες έχουν βρει ότι οι ψηλότερες γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι λόγοι για αυτό δεν είναι σαφείς, αλλά μπορεί να έχουν σχέση με παράγοντες που επηρεάζουν την πρώιμη ανάπτυξη, όπως η διατροφή στις αρχές της ζωής, καθώς και οι ορμονικοί ή γενετικοί παράγοντες.

Ένας ακόμη παράγοντας είναι η ύπαρξη πυκνού ιστού του μαστού. Οι μαστοί αποτελούνται από λιπώδη ιστό, ινώδη ιστό και αδενικό ιστό. Οι μαστοί εμφανίζονται πιο πυκνοί σε μια μαστογραφία όταν έχουν περισσότερους αδενικούς και ινώδεις ιστούς και λιγότερους λιπώδεις ιστούς. Οι γυναίκες που στη μαστογραφία εμφανίστηκε να έχουν πυκνούς μαστούς διατρέχουν κίνδυνο καρκίνου του μαστού που είναι περίπου 1 1/2 έως 2 φορές μεγαλύτερη από εκείνη των γυναικών με μέση πυκνότητα του μαστού. Δυστυχώς, ο πυκνός ιστός του μαστού μπορεί επίσης να δυσκολέψει την ανίχνευση καρκίνων σε μαστογραφίες. Ένας αριθμός παραγόντων μπορεί να επηρεάσει την πυκνότητα του μαστού, όπως η ηλικία, η κατάσταση της εμμηνόπαυσης, η χρήση ορισμένων φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένης της ορμονοεγκεφαλικής θεραπείας), η εγκυμοσύνη και γενετικοί παράγοντες.

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με ορισμένες καλοήθειες (μη καρκινικές) καταστάσεις μαστού μπορεί να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ορισμένες από αυτές τις καταστάσεις συνδέονται στενότερα με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού από άλλες. Οι γιατροί συχνά διαιρούν τις καλοήθειες συνθήκες μαστού σε 3 ομάδες, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν αυτόν τον κίνδυνο. Η πρώτη ομάδα είναι οι μη πολλαπλαστικές αλλοιώσεις, οι οποίες δεν φαίνεται να επηρεάζουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού ή εάν το κάνουν, η αύξηση του κινδύνου είναι πολύ μικρή. Η δεύτερη ομάδα είναι οι πολλαπλασιαστικές αλλοιώσεις χωρίς ατυπία (κυτταρικές ανωμαλίες), όπου υπάρχει υπερβολική ανάπτυξη κυττάρων στους αγωγούς ή τους λοβούς του μαστού, αλλά τα κύτταρα δεν φαίνονται πολύ ανώμαλα. Αυτές οι παθήσεις φαίνεται να αυξάνουν ελαφρώς τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Τέλος, στις πολλαπλασιαστικές αλλοιώσεις με ατυπία, τα κύτταρα στους αγωγούς ή τους λοβούς του ιστού του μαστού αναπτύσσονται υπερβολικά και κάποια από αυτά δεν φαίνονται πλέον κανονικά. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού είναι περίπου 4 έως 5 φορές υψηλότερος στις γυναίκες με αυτές τις αλλαγές.

Η πρόωμη έναρξη εμμηνόρροιας σε γυναίκες, ειδικά πριν την ηλικία των 12 ετών, αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Η αύξηση του κινδύνου μπορεί να οφείλεται στην μεγαλύτερη διάρκεια ζωής των ορμονών, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Ακόμη και η εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 χρόνων εμφανίζουν επίσης ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.⁹

Τέλος, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ακτινοθεραπεία στο στήθος για έναν άλλο καρκίνο (όπως το λέμφωμα Hodgkin ή μη Hodgkin) έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για

καρκίνο του μαστού. Αυτός ο κίνδυνος εξαρτάται από την ηλικία τους όταν δέχτηκαν την ακτινοβολία. Ο κίνδυνος είναι υψηλότερος για τις έφηβες ή τις νεαρές ανήλικες, όταν τα στήθη αναπτύσσονται ακόμα. Η θεραπεία με ακτινοβολία σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (μετά από περίπου 40 έως 45 ετών) δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.¹⁰

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (συμπεριφορές δηλαδή που υιοθετεί κανείς στην καθημερινότητά του). Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται σαφώς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που πίνουν 1 αλκοολούχο ποτό ημερησίως έχουν μικρή (περίπου 7% έως 10%) αύξηση του κινδύνου σε σύγκριση με τους μη πότες, ενώ οι γυναίκες που πίνουν 2 έως 3 ποτά την ημέρα έχουν περίπου 20% υψηλότερο κίνδυνο από τους μη πότες. Το αλκοόλ συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο άλλων μορφών καρκίνου.⁵

Μία γυναίκα που είναι υπέρβαρη ή παχύσαρκη μετά την εμμηνόπαυση διατρέχει αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Πριν από την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες παράγουν το μεγαλύτερο μέρος του οιστρογόνου, και ο λιπώδης ιστός παράγει μόνο ένα μικρό μέρος του συνολικού ποσού. Μετά την εμμηνόπαυση (όταν οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν οιστρογόνα), το μεγαλύτερο μέρος του οιστρογόνου μιας γυναίκας προέρχεται από λιπώδη ιστό. Έχοντας περισσότερο λιπώδη ιστό μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα οιστρογόνων και να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Επίσης, οι γυναίκες που είναι υπέρβαρες τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα, τα οποία έχουν συνδεθεί με κάποιους καρκίνους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού και του βάρους είναι πολύπλοκη.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ειδικά στις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Ακριβής εξήγηση για το πώς η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού δεν υπάρχει ακόμη, αλλά είναι πιθανό να οφείλεται στις επιδράσεις της στο σωματικό βάρος, τη φλεγμονή, τις ορμόνες και την ενεργειακή ισορροπία. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου συνιστά να λαμβάνουν οι ενήλικες τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης ή 75 λεπτά έντονης έντασης δραστηριότητα κάθε εβδομάδα (ή συνδυασμός αυτών), κατά προτίμηση σε όλη την εβδομάδα.

Οι γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά ή είχαν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Πολλαπλές εγκυμοσύνες και η κύηση σε νεαρή ηλικία μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.⁸

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ο θηλασμός μπορεί να μειώσει ελαφρώς τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, ειδικά εάν συνεχίζεται για ένα ή περισσότερα χρόνια. Η αιτιολογία αυτού του αποτελέσματος θεωρείται να είναι ότι ο θηλασμός μειώνει τον συνολικό αριθμό των εμμηνορρυσιακών κύκλων μιας γυναίκας (το ίδιο με τις αρχικές περιόδους της έμμηνου ρύσεως σε μεταγενέστερη ηλικία ή την πρόωμη εμμηνόπαυση).

Ορισμένες μέθοδοι αντισύλληψης χρησιμοποιούν ορμόνες, οι οποίες ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια έχουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο από ό,τι οι γυναίκες που δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ. Μόλις σταματήσει η λήψη των χαπιών ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να εξαλείφεται κανονικά μέσα σε περίπου 10 χρόνια. Τα εμφυτεύματα ελέγχου γεννήσεων, οι ενδομήτριες συσκευές, τα επιθέματα του δέρματος, και οι κολπικοί δακτύλιοι χρησιμοποιούν επίσης ορμόνες, οι οποίες θεωρητικά θα μπορούσαν να τροφοδοτήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Η ορμονική θεραπεία με οιστρογόνα (συχνά συνδυασμένη με προγεστερόνη) έχει χρησιμοποιηθεί για πολλά χρόνια για να βοηθήσει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και να βοηθήσει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης. Αυτή, όμως, η θεραπεία επίσης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που δεν συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού. Μπορεί να παρουσιάζονται διάφορες πληροφορίες στο διαδίκτυο σχετικά με αυτούς τους προβληματικούς παράγοντες που είναι αδιάφοροι ή αμφιλεγόμενοι. Οι φήμες του διαδικτύου ισχυρίζονται πως οι χημικές ουσίες στα αντιδρωτικά των μασχαλών απορροφώνται από το δέρμα, παρεμποδίζουν την κυκλοφορία των λεμφαδένων και προκαλούν τη δημιουργία τοξινών στο μαστό, οδηγώντας τελικά σε καρκίνο του μαστού. Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύεται ότι τα αντιδρωτικά αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Επίσης, η θεωρία πως οι στηθόδεσμοι προκαλούν καρκίνο του μαστού εμποδίζοντας τη ροή των λεμφαδένων, δεν έχει καλή επιστημονική ή κλινική βάση. Μία μελέτη του 2014,

με περισσότερες από 1.500 γυναίκες, δεν έδειξε καμία σχέση μεταξύ της χρήσης στηθόδεσμου και του καρκίνου του μαστού. Όσον αφορά τις αμβλώσεις, αρκετές μελέτες έχουν παράσχει πολύ ισχυρά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία ούτε οι αμβλώσεις ούτε οι αυθόρμητες αμβλώσεις (αποβολές) έχουν συνολική επίδραση στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁴⁶

1.5. Συμπτώματα καρκίνου του μαστού

Πολλά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού δεν είναι ορατά χωρίς επαγγελματικό έλεγχο, ορισμένα όμως συμπτώματα μπορούν να παρατηρηθούν νωρίς από τον ίδιο τον ασθενή. Τα συμπτώματα που μπορεί να προσέξει ένα άτομο με καρκίνο του μαστού συχνά προκαλούνται και από άλλες ιατρικές παθήσεις, είναι όμως σημαντικό να πραγματοποιηθεί επίσκεψη και εξέταση από ιατρό όσο το δυνατόν γρηγορότερα ώστε να καταστεί σαφές από που προέρχονται και τι ενδέχεται να προκαλέσουν.

Το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού για πολλές γυναίκες είναι ένας όγκος στο στήθος τους. Οι περισσότεροι όγκοι μαστού είναι καλοήθεις. Αυτοί μπορεί να είναι φυσιολογικά εξογκώματα που είναι πιο εμφανή λίγο πριν από την έμμηνη ρύση, κύστες υγρού στον ιστό του μαστού, οι οποίες είναι αρκετά συνηθισμένες ή η συλλογή ινώδους αδενικού ιστού (κοινό στις νεότερες γυναίκες κάτω των 30 ετών). Είναι απαραίτητο για μία γυναίκα να γίνεται συχνά έλεγχος από τον ιατρό της. Σε περίπτωση ύπαρξης όγκου, δίνονται οδηγίες για εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων ώστε να διαπιστωθεί αν ο όγκος είναι καρκινικός ή όχι.

Επίσης, ένας χόνδρος ή οίδημα στους λεμφαδένες της μασχάλης μπορεί να προδίδουν μία λοίμωξη. Παρ' όλα αυτά, μία λιγότερο συχνή αιτία των διογκωμένων λεμφαδένων ή όγκου στην μασχαλιαία περιοχή, είναι ο καρκίνος του μαστού που έχει εξαπλωθεί σε αυτήν την περιοχή.⁸

Ένας καρκίνος μπορεί να κάνει το στήθος να φαίνεται μεγαλύτερο ή να έχει διαφορετικό σχήμα από το συνηθισμένο. Επίσης, μερικοί ασθενείς έχουν εξάνθημα ή ερυθρότητα της θηλής και του περιβάλλοντος δέρματος.

Σε περίπτωση που υγρό διαρρέει από τη θηλή μίας γυναίκας που δεν είναι έγκυος ή θηλάζει μπορεί να αποτελεί σημάδι καρκίνου. Αλλά άλλες ιατρικές καταστάσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν αυτήν την κατάσταση. Περαιτέρω, η θηλή μπορεί να γυρίσει ή να βυθιστεί στο στήθος. Ο γιατρός θα πρέπει να εξετάσει τον μαστό εάν παρατηρηθεί κάτι διαφορετικό ή ασυνήθιστο με τη μία ή και τις δύο θηλές.^{8,9}

Ένα άλλο προειδοποιητικό σύμπτωμα είναι ο πόνος του μαστού. Είναι πολύ συνηθισμένος και τις περισσότερες φορές δεν οφείλεται σε καρκίνο. Μπορεί να υπάρχει πόνος σε έναν ή και στους δύο μαστούς, ο οποίος υποχωρεί μετά από λίγη ώρα. Μπορεί να μην υπάρχει κανένας προφανής λόγος για αυτόν τον πόνο, ακόμα κι αν γίνουν εξετάσεις.

Ένας σπάνιος τύπος καρκίνου του μαστού ονομάζεται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού και μπορεί να έχει διαφορετικά συμπτώματα σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους. Ολόκληρο το στήθος μπορεί να εμφανίζεται κόκκινο και φλεγόμενο και να προκαλεί πόνο. Η αίσθηση του μαστού μπορεί να είναι σκληρή και το δέρμα να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού. Σε τέτοιες περιπτώσεις η επίσκεψη στο γιατρό πρέπει να είναι άμεση.

Τέλος, μία ακόμη νόσος του στήθους είναι η νόσος του Paget. Είναι μια σπάνια κατάσταση του δέρματος που μερικές φορές αποτελεί σημάδι υποκείμενου καρκίνου του μαστού. Τα συμπτώματα είναι ένα κόκκινο, λεπτό εξάνθημα στη θηλή και στη γύρω περιοχή. Αυτό μπορεί να προκαλεί κνησμό και μοιάζει ως έκζεμα, πράγμα που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση.

Μία διαδικασία ζωτικής σημασίας που μπορεί να οδηγήσει έγκαιρα μια γυναίκα στον γιατρό της, είναι η αυτοεξέταση του μαστού. Αυτή η εξέταση μπορεί να πραγματοποιηθεί από το ίδιο το άτομο, μία φορά τον μήνα. Ο καλύτερος χρόνος είναι λίγες μέρες μετά την λήξη της έμμηνου ρύσεως, διαφορετικά μπορεί να οριστεί μία συγκεκριμένη ημέρα του μήνα. Όμως, η αυτοεξέταση του μαστού αποτελεί μία συμπληρωματική εξέταση που δεν πρέπει να αντικαθιστά τον τακτικό προληπτικό έλεγχο (κλινική εξέταση και μαστογραφία, μία φορά το χρόνο).⁸

1.6. Διάγνωση

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διαγνωστεί μέσω πολλαπλών εξετάσεων, όπως τη μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, τη μαγνητική τομογραφία και την βιοψία.

Η μαστογραφία είναι μια ακτινογραφία του μαστού, η οποία είναι κρίσιμης σημασίας, αφού καταστεί δυνατό τον εντοπισμό όγκων ακόμη και 2 χρόνια προτού να γίνουν ψηλαφητοί. Ενώ οι μαστογραφίες απεικόνισης χρησιμοποιούνται συνήθως για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που δεν έχουν εμφανή συμπτώματα, η διαγνωστική μαστογραφία χρησιμοποιείται μετά από ύποπτα αποτελέσματα σε μαστογραφία προσυμπτωματικού ελέγχου ή μετά από μερικά σημεία καρκίνου του μαστού. Τέτοια σημεία μπορεί να περιλαμβάνουν έναν όγκο, πόνο στο στήθος, εισολκή θηλών, σκλήρυνση του δέρματος στο στήθος και αλλαγές στο μέγεθος ή το σχήμα του μαστού. Μια διαγνωστική μαστογραφία μπορεί να βοηθήσει να καθοριστεί εάν αυτά τα συμπτώματα είναι ενδεικτικά της παρουσίας του καρκίνου. Σε σύγκριση με τις μαστογραφίες απεικόνισης, οι διαγνωστικές μαστογραφίες παρέχουν μια πιο λεπτομερή ακτινογραφία του μαστού χρησιμοποιώντας εξειδικευμένες τεχνικές. Χρησιμοποιούνται επίσης σε ειδικές περιπτώσεις, όπως για ασθενείς με εμφυτεύματα στήθους.

14

Εξαιτίας του ότι κατά την διαγνωστική μαστογραφία λαμβάνονται περισσότερες όψεις του μαστού από ότι σε μια κανονική μαστογραφία προσυμπτωματικού ελέγχου, είναι απόλυτα κατανοητό ότι τόσο η διάρκεια της εξέτασης όσο και η εξαγωγή των αποτελεσμάτων απαιτούν περισσότερο χρόνο. Ο ακτινολόγος που διενεργεί τη διαδικασία μπορεί επίσης να κάνει μεγέθυνση σε μια συγκεκριμένη περιοχή του μαστού όπου υπάρχει υποψία ανωμαλίας. Αυτό θα δώσει στον θεράποντα ιατρό μια καλύτερη εικόνα του ιστού για να επιτύχει μια ακριβή διάγνωση. Εκτός από την εύρεση όγκων που είναι πολύ μικροί για να ανακαλυφθούν με ψηλάφηση, οι μαστογραφίες μπορούν επίσης να εντοπίσουν το in situ πορογενές καρκίνωμα (ductal carcinoma in situ- DCIS). Αυτά είναι μη φυσιολογικά κύτταρα που μπορεί να μετατραπούν σε διηθητικό καρκίνο σε ορισμένες γυναίκες.

Η ικανότητα μιας μαστογραφίας να ανιχνεύσει καρκίνο του μαστού μπορεί να εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την πυκνότητα του ιστού του μαστού και την ικανότητα του ακτινολόγου να χορηγεί και να διαβάσει τη μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι λιγότερο πιθανό να

ανακαλύψει όγκους του μαστού σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νεότερες γυναίκες έχουν πυκνότερο ιστό μαστού που εμφανίζεται λευκό σε μαστογραφία. Ομοίως, ένας όγκος εμφανίζεται λευκός σε μια μαστογραφία, καθιστώντας δύσκολο να εντοπιστεί.

Όταν ανιχνεύεται ύποπτη περιοχή στο στήθος μέσω αυτοεξέτασης του μαστού ή μαστογραφίας, ο θεράπων ιατρός μπορεί να ζητήσει υπερηχογράφημα του ιστού του μαστού. Το υπερηχογράφημα μαστού χρησιμοποιεί διεισδυτικά ηχητικά κύματα που δεν επηρεάζουν ή βλάπτουν τον ιστό. Ο ιστός του μαστού εκτρέπει αυτά τα κύματα προκαλώντας ηχώ, την οποία ένας υπολογιστής χρησιμοποιεί για να εμφανίσει μια εικόνα του τι συμβαίνει μέσα στον ιστό του μαστού. Μια μάζα γεμάτη με υγρό εμφανίζεται διαφορετικά από μια στερεά μάζα.

Εάν οι αρχικές εξετάσεις δεν είναι καθοριστικές, ο θεράπων ιατρός μπορεί να συστήσει μαγνητική τομογραφία του μαστού (magnetic resonance imaging- MRI) για να αξιολογήσει την έκταση της νόσου. Ένας μαγνήτης που συνδέεται με έναν υπολογιστή μεταδίδει μαγνητική ενέργεια και ραδιοκύματα (όχι ακτινοβολία) μέσω του ιστού του μαστού. Σαρώνει τον ιστό, κάνοντας λεπτομερείς εικόνες των περιοχών του μαστού. Αυτές οι εικόνες βοηθούν την ιατρική ομάδα να διακρίνει μεταξύ φυσιολογικού και ασθενούς ιστού.

Μία ακόμα εξέταση που πραγματοποιείται, είναι η βιοψία μαστού. Σε αυτήν τη διαδικασία, αφαιρείται ιστός ή υγρό από την ύποπτη περιοχή. Τα αφαιρεθέντα κύτταρα εξετάζονται υπό μικροσκόπιο και εξετάζονται περαιτέρω για να ελεγχθεί η παρουσία καρκίνου του μαστού. Μια βιοψία είναι η μόνη διαγνωστική διαδικασία που μπορεί σίγουρα να καθορίσει εάν η ύποπτη περιοχή είναι καρκινική. Οι τρεις τύποι βιοψιών είναι με λεπτή βελόνα, η βιοψία βελόνας με αφαίρεση ιστού και η χειρουργική βιοψία. Οι τελευταίοι δύο τύποι χρησιμοποιούνται συχνότερα στο στήθος. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που βοηθούν τον ιατρό να αποφασίσει ποιον τύπο βιοψίας θα συστήσει. Αυτές περιλαμβάνουν την εμφάνιση, το μέγεθος και την τοποθεσία της ύποπτης περιοχής στο στήθος.

Αν γίνει διάγνωση με καρκίνο του μαστού, ο θεράπων ιατρός μπορεί να ζητήσει πρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις που θα βοηθήσουν με την πρόγνωση. Τα αποτελέσματα από αυτές τις

εξετάσεις μπορούν να δώσουν μια εικόνα για το ποια θεραπευτικά μέτρα για τον καρκίνο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά για τον εκάστοτε ασθενή.¹⁴⁻¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1. Χειρουργική επέμβαση

Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν κάποια μορφή χειρουργικής επέμβασης ως μέρος της θεραπείας τους. Υπάρχουν διάφοροι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων μαστού και αυτό μπορεί να γίνει για διάφορους λόγους, ανάλογα με την κατάσταση.

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει για να αφαιρεθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος του καρκίνου (χειρουργική επέμβαση για τη συντήρηση του μαστού ή μαστεκτομή), για να ανακαλυφτεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες κάτω από τον βραχίονα (βιοψία λεμφαδένων από αφοροδίσια ή ανατομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων), για να αποκατασταθεί το σχήμα του μαστού μετά την απομάκρυνση του καρκίνου (ανάπλαση μαστού) ή για να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα του καρκίνου.

Ο θεράπων ιατρός μπορεί να συστήσει μια συγκεκριμένη επέμβαση με βάση τα χαρακτηριστικά του καρκίνου και το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς. Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση του καρκίνου του μαστού και είναι σημαντικό η ασθενής να γνωρίζει τις επιλογές της, ώστε να μπορεί να συζητήσει και να κάνει την επιλογή που είναι κατάλληλη για την ίδια.

Η χειρουργική επέμβαση για τη συντήρηση του μαστού είναι μια χειρουργική επέμβαση στην οποία αφαιρείται μόνο το τμήμα του μαστού που περιέχει τον καρκίνο. Ο στόχος είναι να αφαιρεθεί ο καρκίνος καθώς και μέρος φυσιολογικού μαστού γύρω από αυτόν. Πόσο μεγάλο τμήμα μαστού θα αφαιρεθεί, εξαρτάται από το πού και πόσο μεγάλος είναι ο όγκος, καθώς και από άλλους παράγοντες.

Η μαστεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση στην οποία αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, συμπεριλαμβανομένου του συνόλου του ιστού του μαστού και μερικές φορές και άλλων κοντινών ιστών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μαστεκτομών. Ορισμένες γυναίκες μπορούν επίσης να λάβουν διπλή μαστεκτομή, στην οποία αφαιρούνται και οι δύο μαστοί.

Πολλές γυναίκες με καρκίνο πρώιμου σταδίου μπορούν να επιλέξουν μεταξύ χειρουργικής συντήρησης μαστού (breast-conserving surgery -BCS) και μαστεκτομής. Το κύριο πλεονέκτημα της συντήρησης μαστού είναι ότι μια γυναίκα κρατά το μεγαλύτερο μέρος του μαστού της. Στις περισσότερες περιπτώσεις θα χρειαστεί επίσης ακτινοβολία. Οι γυναίκες που επιλέγουν μαστεκτομή για καρκίνο πρώιμου σταδίου είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστούν ακτινοβολία. Για μερικές γυναίκες, η μαστεκτομή μπορεί να είναι μια καλύτερη επιλογή, λόγω του τύπου του καρκίνου, του μεγάλου μεγέθους του όγκου, της προηγούμενης θεραπείας με ακτινοβολία ή ορισμένων άλλων παραγόντων.

Για να διαπιστωθεί αν ο καρκίνος του μαστού έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες του άκρου, ένας ή περισσότεροι από αυτούς τους λεμφαδένες θα αφαιρεθούν και θα εξεταστούν στο εργαστήριο. Αυτό είναι ένα σημαντικό μέρος για την εύρεση του σταδίου του καρκίνου (έκταση). Οι λεμφαδένες μπορούν να αφαιρεθούν είτε ως μέρος της χειρουργικής επέμβασης για την αφαίρεση του καρκίνου του μαστού είτε ως ξεχωριστή επέμβαση.^{5,7, 10, 17}

2.2. Χημειοθεραπεία

Ο ασθενής αξιολογείται από τον ογκολόγο ώστε να προσδιοριστεί αν η μέθοδος της χημειοθεραπείας είναι απαραίτητη, είτε ως μοναδική μέθοδος θεραπείας, είτε συνδυαστικά. Σκοπός της είναι να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα ώστε ο καρκίνος να συρρικνωθεί ή να εξαλειφθεί, να γίνει πρόληψη εμφάνισης μεταστάσεων ή αντιμετώπιση ήδη υπαρχόντων μεταστατικών εστιών, αλλά και να γίνει δυνατή η ανακούφιση από τα συμπτώματα αυτού.

Στην χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται αντικαρκινικά φάρμακα που μπορούν να δοθούν είτε ενδοφλεβίως είτε μέσω του στόματος. Τα φάρμακα μεταφέρονται μέσω του κυκλοφορικού συστήματος στα καρκινικά κύτταρα στα περισσότερα μέρη του σώματος. Περιστασιακά, η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί απευθείας στο νωτιαίο υγρό που περιβάλλει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Η λειτουργία της χημειοθεραπείας είναι να διαταράξει τις διάφορες φάσεις του κυτταρικού κύκλου, αναστέλλοντας τον κυτταρικό μεταβολισμό και τη διαίρεση του κυττάρου. Επίσης,

επιρεάζει την ικανότητα του κακοήθους κυττάρου να συνθέσει ένζυμα και χημικές ουσίες ζωτικής σημασίας. Κατά τη διάρκεια κάθε κυτταρικού κύκλου, τα επιλεγμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν κύτταρα σε σταθερό ποσοστό, μειώνοντας το καρκινικό φορτίο.¹⁶

Καθώς όλα τα χημικοθεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν παρενέργειες ή τοξικές δράσεις, οι θεράποντες ιατροί χορηγούν στον εκάστοτε ασθενή τη μέγιστη δόση φαρμάκων που του είναι ανεκτή. Το είδος καθώς και η βαρύτητα των παρενεργειών εξαρτώνται από τα χορηγούμενα φάρμακα.

Δεν θα χρειαστούν όλες οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού χημειοθεραπεία, αλλά υπάρχουν αρκετές καταστάσεις στις οποίες συνιστάται η χημειοθεραπεία. Μία από αυτές είναι μετά από χειρουργική επέμβαση (επικουρική χημειοθεραπεία). Μπορεί να χορηγηθεί ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία ώστε να καταστρέψει οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα που θα μπορούσαν να έχουν μείνει ή να έχουν εξαπλωθεί, αλλά δεν μπορούν να εμφανιστούν, ακόμα και σε δοκιμές απεικόνισης. Εάν αυτά τα κύτταρα αφεθούν να αναπτυχθούν, θα μπορούσαν να σχηματίσουν νέους όγκους σε άλλα μέρη του σώματος. Η ενισχυτική χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου του μαστού.¹⁰

Χημειοθεραπεία μπορεί να χρειαστεί επίσης πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Μπορεί να χορηγηθεί ενισχυτική χημειοθεραπεία για να συρρικνωθεί ο όγκος έτσι ώστε να είναι δυνατό να αφαιρεθεί με λιγότερο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση. Εξαιτίας αυτού, το χημειοενισχυτικό που χρησιμοποιείται, χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία καρκίνων που είναι πολύ μεγάλοι για να αφαιρεθούν με χειρουργική επέμβαση κατά την πρώτη διάγνωση (τοπικά προχωρημένοι καρκίνοι). Επίσης, δίνοντας χημειοθεραπεία πριν απομακρυνθεί ο όγκος, οι γιατροί μπορούν να δουν πώς ανταποκρίνεται ο καρκίνος σε αυτό. Εάν η πρώτη ομάδα χημειοθεραπευτικών φαρμάκων δεν συρρικνώνει τον όγκο, χρειάζονται άλλα φάρμακα. Θα μπορούσε επίσης να σκοτώσει όλα τα καρκινικά κύτταρα που έχουν εξαπλωθεί αλλά δεν μπορούν να ανιχνευτούν.

Για συγκεκριμένους τύπους καρκίνου του μαστού, εάν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα που ανευρέθηκαν κατά την διάρκεια της επέμβασης, μπορεί να χορηγηθεί περισσότερη

χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου.¹⁷

Για προχωρημένο καρκίνο του μαστού, η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κύρια θεραπεία για γυναίκες με καρκίνο που έχει εξαπλωθεί έξω από την περιοχή του μαστού και την περιοχή της μασχάλης, είτε όταν διαγνωστεί είτε μετά από αρχικές θεραπείες. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από το πόσο καλά λειτουργεί η χημειοθεραπεία και πόσο καλά το ανέχεται ο ασθενής.

Μερικές φορές δεν είναι σαφές αν η χημειοθεραπεία θα είναι βοηθητική. Υπάρχουν διαθέσιμες εξετάσεις, όπως η Oncotype DX, που μπορεί να καθορίσει ποιες γυναίκες θα ωφεληθούν περισσότερο από την χημειοθεραπεία μετά από επέμβαση μαστού.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί είτε πριν από την χειρουργική επέμβαση είτε μετά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η χημειοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται συνδυασμός φαρμάκων. Πλέον οι γιατροί χρησιμοποιούν πολλούς διαφορετικούς συνδυασμούς και δεν είναι σαφές ότι υπάρχει κάποιος μοναδικός συνδυασμός που να είναι ο καλύτερος.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι οι ανθρακυκλίνες, όπως η δοξορουβικίνη και επιρουβικίνη, οι ταξάνες, όπως η πακλιταξέλη και δοσεταξέλη, η φθοριουρακίλη ή καπεσιταβίνη, η κυκλοφωσφαμίδη και η καρβοπλατίνη. Συνήθως χορηγείται ένας συνδυασμός 2 ή 3 φαρμάκων.

Αν και πολύ συχνά χρησιμοποιείται συνδυασμός φαρμάκων για την καταπολέμηση πρώιμου καρκίνου του μαστού, ο προχωρημένος καρκίνος του μαστού συχνότερα αντιμετωπίζεται με συγκεκριμένο φάρμακο χημειοθεραπείας. Ακόμα, κάποιοι συνδυασμοί, όπως η πακλιταξέλη με την γεμισιταβίνη, χρησιμοποιούνται συνήθως για την αντιμετώπιση προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα για τον καρκίνο του μαστού χορηγούνται συνήθως ενδοφλεβίως είτε ως ένεση για μερικά λεπτά είτε ως έγχυση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Συχνά, απαιτούνται κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες, συσκευές κεντρικής φλεβικής πρόσβασης ή κεντρικές γραμμές. Χρησιμοποιούνται για να εισαχθούν φάρμακα, προϊόντα αίματος, θρεπτικά συστατικά ή υγρά απευθείας στο αίμα. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη αίματος για εξετάσεις.

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη κεντρικών φλεβικών καθετήρων. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι είναι η θύρα και η γραμμή PICC. Για ασθενείς με καρκίνο του μαστού, η κεντρική γραμμή τοποθετείται στην αντίθετη πλευρά της μασχάλης από την οποία είχαν απομακρυνθεί λεμφαδένες για την χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού.

Η χημειοθεραπεία χορηγείται σε κύκλους, ακολουθούμενους από μια περίοδο ανάπαυσης δίνοντας χρόνο στον ασθενή ώστε να αναρρώσει από τις επιδράσεις των φαρμάκων. Οι κύκλοι είναι συνήθως 2 ή 3 εβδομάδων. Το χρονοδιάγραμμα ποικίλλει ανάλογα με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Για παράδειγμα, με ορισμένα φάρμακα, η χημειοθεραπεία χορηγείται μόνο την πρώτη ημέρα του κύκλου. Με άλλα φάρμακα, δίνεται για μερικές ημέρες στη σειρά, ή μία φορά την εβδομάδα. Στο τέλος του κύκλου, το πρόγραμμα χημειοθεραπείας επαναλαμβάνεται για να ξεκινήσει ο επόμενος κύκλος.

Η προεγχειρητική και η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία χορηγούνται συχνά για ένα σύνολο 3 έως 6 μηνών, ανάλογα με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Η διάρκεια της θεραπείας για προχωρημένο καρκίνο του μαστού εξαρτάται από το πόσο καλά λειτουργεί και ποιες παρενέργειες έχει ο ασθενής.

Έχει διαπιστωθεί ότι η παράλληλη προσέγγιση των κύκλων ορισμένων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να μειώσει την πιθανότητα να επιστρέψει ο καρκίνος και να βελτιώσει τις πιθανότητες επιβίωσης ορισμένων γυναικών. Για παράδειγμα, ένα φάρμακο που κανονικά θα χορηγείται κάθε 3 εβδομάδες μπορεί να χορηγείται κάθε 2 εβδομάδες. Αυτό μπορεί να γίνει τόσο για προεγχειρητική όσο και για μετεγχειρητική θεραπεία. Μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερα προβλήματα σε περιπτώσεις με χαμηλό αριθμό αιμοκυττάρων, επομένως δεν είναι επιλογή για όλες τις γυναίκες.^{17, 18}

2.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι θεραπεία με ακτίνες υψηλής ενέργειας που καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Ορισμένες γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρειάζονται ακτινοθεραπεία συμπληρωματικά με άλλες μεθόδους θεραπείας. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μετά από χειρουργική συντήρηση μαστού (ογκεκτομή) και μαστεκτομή στην περίπτωση που ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος.

Οι κύριοι τύποι ακτινοθεραπείας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η εξωτερική ακτινοθεραπεία (external beam radiation therapy- EBRT) και η βραχυθεραπεία. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος ακτινοθεραπείας για γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Μια μηχανή έξω από το σώμα εστιάζει την ακτινοβολία στην περιοχή που έχει πληγεί από τον καρκίνο. Όσον αφορά το ποιες περιοχές χρειάζονται ακτινοβολία εξαρτάται από το εάν η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή ή μαστεκτομή και εάν ο καρκίνος έχει φτάσει στους κοντινούς λεμφαδένες.

Αν χρειαστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση, συνήθως δεν ξεκινάει μέχρι να θεραπευτεί η περιοχή της επέμβασης, η οποία συχνά διαρκεί ένα μήνα ή περισσότερο. Σε περίπτωση επίσης που η ασθενής ακολουθεί και χημειοθεραπεία, οι θεραπείες ακτινοβολίας καθυστερούν συνήθως μέχρι να ολοκληρωθεί η χημειοθεραπεία. Η ίδια η διαδικασία είναι ανώδυνη, και κάθε θεραπεία διαρκεί μόνο λίγα λεπτά.

Η βραχυθεραπεία, γνωστή και ως εσωτερική ακτινοβολία, είναι ένας άλλος τρόπος να παρασχεθεί θεραπεία ακτινοβολίας. Αντί να στοχεύει δέσμες ακτινοβολίας από το εξωτερικό του σώματος, μια συσκευή που περιέχει ραδιενεργούς σπόρους ή σφαιρίδια τοποθετείται στο ιστό του μαστού για μικρό χρονικό διάστημα στην περιοχή όπου ο καρκίνος έχει αφαιρεθεί.

Για ορισμένες γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ογκεκτομή, η βραχυθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της (αντί της ακτινοβολίας σε ολόκληρο το στήθος) ως μορφή επιταχυνόμενης μερικής ακτινοβολίας του μαστού. Το μέγεθος του όγκου, η τοποθεσία και άλλοι παράγοντες μπορεί να περιορίσουν την βραχυθεραπεία ως επιλογή.^{2, 19, 20}

2.4. Ορμονοθεραπεία

Ορισμένοι τύποι καρκίνου του μαστού επηρεάζονται από ορμόνες, όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού έχουν υποδοχείς (πρωτεΐνες) που προσκολλώνται σε οιστρογόνα και προγεστερόνη, γεγονός που τους βοηθά να αναπτυχθούν. Θεραπείες που σταματούν αυτές τις ορμόνες από την προσκόλληση σε αυτούς τους υποδοχείς ονομάζονται ορμονική ή ενδοκρινική θεραπεία. Συνιστάται σε γυναίκες με όγκους που είναι θετικοί για τους υποδοχείς ορμονών. Δεν βοηθά τις γυναίκες των οποίων οι όγκοι δεν έχουν υποδοχείς ορμονών.

Η ορμονοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά μετά από χειρουργική επέμβαση για να μειωθεί ο κίνδυνος επανεμφάνισης του καρκίνου, αν και κάποιες φορές χορηγείται και προεγχειρητικά. Συνήθως λαμβάνεται για τουλάχιστον 5 έως 10 χρόνια. Η ορμονική θεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία επανεμφάνισης ή μετάστασης καρκίνου.

Περίπου 2 στους 3 καρκίνους του μαστού είναι θετικοί για τους υποδοχείς ορμονών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ορμονοθεραπείας για καρκίνο του μαστού. Οι περισσότεροι τύποι είτε μειώνουν τα επίπεδα των οιστρογόνων είτε σταματούν να επηρεάζουν τα οιστρογόνα στα κύτταρα του καρκίνου του μαστού.

Τα φάρμακα που εμποδίζουν τους υποδοχείς οιστρογόνων, λειτουργούν σταματώντας τα οιστρογόνα από το να τροφοδοτούν τα κύτταρα του καρκίνου του μαστού, διακόπτοντας την ανάπτυξή τους. Ένα από αυτά είναι η ταμοξιφαίνη, η οποία εμποδίζει τους υποδοχείς οιστρογόνων στα κύτταρα καρκίνου του μαστού. Ενώ δρα σαν αντι-οιστρογόνο στα κύτταρα του μαστού, ενεργεί σαν οιστρογόνο σε άλλους ιστούς(μήτρα και οστά). Για αυτόν το λόγο, ονομάζεται εκλεκτικός διαμορφωτής υποδοχέων οιστρογόνων (selective estrogen receptor modulator- SERM). ^{5,9}

Μπορεί να χορηγηθεί τόσο σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, όσο και σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η ταμοξιφαίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού, ώστε να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης. Μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση συντήρησης στήθους για *in situ*

πορογενές καρκίνωμα (ductal carcinoma in situ- DCIS) το οποίο είναι θετικό για τους υποδοχείς ορμονών. Η λήψη της ταμοξιφαίνης για 5 χρόνια μειώνει την πιθανότητα επανεμφάνισης του in situ πορογενούς καρκινώματος. Μειώνει επίσης την πιθανότητα εμφάνισης ενός διηθητικού καρκίνου του μαστού και στους δύο μαστούς. Σε γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του μαστού με θετικούς υποδοχείς στις ορμόνες που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, η ταμοξιφαίνη μπορεί να βοηθήσει να μειωθούν οι πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου και να αυξηθούν οι πιθανότητες ζωής. Μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης νέου καρκίνου στον άλλο μαστό. Η ταμοξιφαίνη μπορεί να ξεκινήσει είτε μετά από χειρουργική επέμβαση (ανοσοενισχυτική θεραπεία) είτε πριν από τη χειρουργική επέμβαση (νεοαζευκτική ή επικουρική θεραπεία). Συνήθως λαμβάνεται για 5 έως 10 έτη. Αυτό το φάρμακο χρησιμοποιείται κυρίως για γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο, οι οποίες δεν έχουν ακόμη περάσει από την εμμηνόπαυση.

Η Τορεμιφαίνη είναι ένας άλλος εκλεκτικός διαμορφωτής υποδοχέων οιστρογόνων που λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο, αλλά χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά. Έχει εγκριθεί μόνο για τη θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η φουλβεστράντη είναι ένα φάρμακο που εμποδίζει και καταστρέφει τους υποδοχείς οιστρογόνων. Αυτό το φάρμακο δεν είναι εκλεκτικός διαμορφωτής υποδοχέων οιστρογόνων. Δρα σαν αντι-οιστρογόνο σε όλο το σώμα. Είναι γνωστό ως επιλεκτικός αποικοδότης υποδοχέα οιστρογόνων (Selective estrogen receptor degrader -SERD). Αποτελεί επιλογή μόνο για τις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Ορισμένες άλλες θεραπείες ορμονών λειτουργούν μειώνοντας τα επίπεδα οιστρογόνων. Επειδή τα οιστρογόνα ενθαρρύνουν τους καρκίνους του μαστού με θετικούς υποδοχείς ορμονών, η μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων μπορεί να βοηθήσει στην επιβράδυνση της ανάπτυξης του καρκίνου ή να αποτρέψει την επανεμφάνισή του. Αυτά τα φάρμακα είναι οι αναστολείς της αρωματάσης (Aromatase inhibitors -Ais) και είναι χάπια που λαμβάνονται καθημερινά.

Οι αναστολείς της αρωματάσης σταματούν την παραγωγή οιστρογόνων. Πριν από την εμμηνόπαυση τα περισσότερα οιστρογόνα παράγονται από τις ωοθήκες. Για τις γυναίκες των

οποίων οι ωοθήκες δεν λειτουργούν, είτε λόγω εμμηνόπαυσης είτε λόγω ορισμένων θεραπειών, μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων γίνεται ακόμα στον λιπώδη ιστό από το ένζυμο αρωματάση. Οι συγκεκριμένοι αναστολείς λειτουργούν παρεμποδίζοντας την αρωματάση από το να παράγει οιστρογόνα. Μπορούν να χορηγηθούν σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, αλλά και σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε συνδυασμό με ωοθηκική καταστολή.

Η ωοθηκική καταστολή (αφαίρεση ή διακοπή της λειτουργίας των ωοθηκών), που είναι η κύρια πηγή οιστρογόνου, καθιστά τις γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές.^{9, 21}

2.5. Συμπληρωματικές θεραπείες

Πολλές φορές οι ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τον καρκίνο, νιώθουν τη ανάγκη να καταφύγουν σε συμπληρωματικές θεραπείες. Οι συμπληρωματικές θεραπείες δεν έχουν ως σκοπό να ιάσουν τον καρκίνο, αλλά είναι θεραπευτικές μέθοδοι επιλεγμένες από τους ασθενείς. Δρουν σε συνδυασμό με τις συμβατικές θεραπείες.

Κάποιοι από τους λόγους που ένας ασθενής μπορεί να καταφύγει σε συμπληρωματικές μεθόδους είναι ώστε να αντιμετωπίσει κάποιες από τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής (όπως πόνος και κόπωση), να ενισχύσει το ανοσοποιητικό του σύστημα, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του, να αποκτήσει μια αίσθηση έλεγχου και να βρει ψυχική ανακούφιση.

Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να διακατέχονται από ευαισθησία και ευσπλαχνία, ώστε να μην ασκούν επικριτική στάση απέναντι στους ασθενείς. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να αναφέρει την πιθανή χρήση των συμπληρωματικών θεραπειών, προκειμένου ο θεράπων ιατρός να είναι ενήμερος καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορούν να προληφθούν πιθανές αλληλεπιδράσεις των συμπληρωματικών θεραπειών με τις συμβατικές θεραπείες.

Μία κοινή συμπληρωματική θεραπεία είναι η τήρηση κάποιου διατροφικού σχήματος. Μία διατροφή φυσικών συστατικών θεωρείται πως επιβραδύνει την ανάπτυξη του καρκίνου. Η

κατανάλωση συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία, ένζυμα, αμινοξέα, λιπαρά οξέα, πρωτεΐνες) σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατό να είναι τοξικά και να έχουν αλληλεπιδράσεις με σχήματα θεραπείας, όπως η χημειοθεραπεία. Η ασφάλεια πολλών βοτάνων δεν έχει αποδειχθεί, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία.

Άλλες μορφές συμπληρωματικών θεραπειών που αξίζει να αναφερθούν, καθώς οι επαγγελματίες υγείας συναντούν συχνά από τους ασθενείς, είναι η μουσικοθεραπεία (βοηθάει στη χαλάρωση και τη μείωση του πόνου), η τέχνη (εξωτερίκευση συναισθημάτων), το μασάζ (βοηθάει στη χαλάρωση, τη μείωση του πόνου και του άγχους, και τη βελτίωση του ύπνου), η αρωματοθεραπεία (ανακούφιση από ναυτία, εμετό, και μείωση άγχους), ο βελονισμός (μείωση κόπωσης και πόνου) και οι πνευματικές πεποιθήσεις (η πίστη σε μία ανώτερη δύναμη βοηθάει στην προσαρμογή στις συνθήκες της ασθένειας).²²

2.6. Θεραπεία κατά την εγκυμοσύνη

Η περίπτωση της εγκυμοσύνης μπορεί να δυσκολέψει τόσο την εύρεση όσο και τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης απλουστεύει τη θεραπεία, αλλά μέχρι στιγμής κανένα στοιχείο δεν δείχνει ότι η λήξη της εγκυμοσύνης μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης της γυναίκας ή την έκβαση της νόσου. Επίσης, δεν υπάρχει καμία αναφορά που να αποδεικνύει ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να βλάψει το έμβρυο. Μια γυναίκα με διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιπλέκει τις επιλογές θεραπείας.

Ο τύπος και ο χρόνος της θεραπείας θα πρέπει να προγραμματιστούν προσεκτικά, ώστε να επιλεγθεί η καλύτερη θεραπευτική μέθοδος για τον τύπο καρκίνου, προστατεύοντας παράλληλα και το έμβρυο. Ο στόχος είναι ο ίδιος με εκείνον κατά τη θεραπεία μιας μη εγκύου γυναίκας, δηλαδή να θεραπεύσει τον καρκίνο ή να τον ελέγξει και να τον περιορίσει από τη διάδοση εάν δεν μπορεί να θεραπευτεί. Παρ' όλα αυτά, η επιπλέον ανησυχία για την προστασία ενός αναπτυσσόμενου εμβρύου μπορεί να καταστήσει τη θεραπεία πιο περίπλοκη.

Οι εγκυμονούσες γυναίκες μπορούν να λάβουν θεραπεία για καρκίνο του μαστού με ασφάλεια, αν και οι τύποι θεραπείας που χρησιμοποιούνται και ο χρόνος θεραπείας μπορεί να επηρεαστούν από την εγκυμοσύνη. Οι συστάσεις θεραπείας θα εξαρτηθούν από το μέγεθος του όγκου και το σημείο που βρίσκεται, αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί και πόσο μακριά, σε ποιο τρίμηνο της εγκυμοσύνης βρίσκεται η ασθενής, η γενική υγεία της ασθενούς, και οι προσωπικές της προτιμήσεις.¹⁶

Η χειρουργική επέμβαση είναι κατά κύριο μέρος μια ασφαλής διαδικασία για τις εγκυμονούσες ασθενείς. Η χημειοθεραπεία φαίνεται να είναι ασφαλής για το μωρό εάν δοθεί στο δεύτερο ή στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, αλλά δεν είναι ασφαλής στο πρώτο τρίμηνο. Άλλες θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού, όπως η ορμονοθεραπεία, η στοχευμένη θεραπεία και η ακτινοθεραπεία, είναι πιο πιθανό να βλάψουν το μωρό και συνήθως δεν επιλέγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο τερματισμός της εγκυμοσύνης δεν συνιστάται πλέον συστηματικά όταν εντοπίζεται καρκίνος του μαστού. Αυτή όμως η επιλογή μπορεί να συζητηθεί κατά την εξέταση όλων των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, ειδικά για επιθετικούς καρκίνους που μπορεί να χρειάζονται άμεση θεραπεία (όπως ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού).

Καθώς η εγκυμονούσα γυναίκα είναι πολύ πιθανό να χρειαστεί ιδιαίτερη συναισθηματική υποστήριξη, θα ήταν βοηθητικό οι επαγγελματίες υγείας να την παραπέμψουν σε έναν σύμβουλο ή ψυχολόγο.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις μεταξύ των οποίων καλείται η γυναίκα να επιλέξει, συνήθως είναι η ολική αφαίρεση του μαστού (μαστεκτομή), και η αφαίρεση μονάχα του όγκου (συντήρηση του μαστού- ογκεκτομή). Η μαστεκτομή χρησιμοποιείται συχνότερα για τις εγκυμονούσες με καρκίνο του μαστού. Αυτό συμβαίνει επειδή οι περισσότερες γυναίκες που επιλέγουν χειρουργική επέμβαση για την ογκεκτομή θα χρειαστεί και ακτινοθεραπεία. Η ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο. Για αυτόν το λόγο, η ακτινοθεραπεία δεν μπορεί να χορηγηθεί, παρά μόνο μετά το τέλος της κύησης (η καθυστέρηση της ακτινοβολίας για πολύ καιρό θα μπορούσε να αυξήσει την πιθανότητα επανόδου του καρκίνου).¹⁷

Εάν ο καρκίνος διαγνωστεί στο τρίτο τρίμηνο, η χειρουργική επέμβαση για τη συντήρηση του μαστού (ογκεκτομή) μπορεί να είναι μια επιλογή, καθώς μπορεί να υπάρξει μικρή ή καθόλου καθυστέρηση στις θεραπείες ακτινοβολίας.

Ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος, μαζί με έναν μαιευτήρα, θα πρέπει να συνεργαστούν για να αποφασίσουν τον καλύτερο χρόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να κάνουν την επέμβαση. Οι γιατροί οι οποίοι συνεργάζονται θα αποφασίσουν ποια φάρμακα και τεχνικές αναισθησίας είναι τα ασφαλέστερα για την ασθενή και το έμβρυο.

Η χημειοθεραπεία δεν χορηγείται κατά τους πρώτους 3 μήνες (πρώτο τρίμηνο) της εγκυμοσύνης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου εμφανίζεται μεγάλη ανάπτυξη του μωρού και ο κίνδυνος αποβολής είναι επίσης μεγαλύτερος. Η ασφάλεια της χημειοθεραπευτικής μεθόδου δεν έχει μελετηθεί επαρκώς κατά το πρώτο τρίμηνο, επομένως δεν συνιστάται.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα (όπως η δοξοροβουκίνη, κυκλοφωσφαμίδη, και οι ταξάνες) που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνου (4-9 μήνας της εγκυμοσύνης) δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης γενετικών ελαττωμάτων, θνησιγενείας ή προβλημάτων υγείας λίγο μετά τη γέννηση, μπορούν όμως να αυξήσουν τον κίνδυνο πρόωρης παράδοσης. Οι ερευνητές εξακολουθούν να μην γνωρίζουν αν αυτά τα παιδιά θα έχουν μακροπρόθεσμες παρενέργειες.¹⁷⁻²⁰

Η χημειοθεραπεία γενικά δεν συνιστάται μετά τις 35 εβδομάδες εγκυμοσύνης ή εντός 3 εβδομάδων από τον τοκετό, καθώς μπορεί να μειώσει τις γενικές τιμές του αίματος της μητέρας. Αυτό θα μπορούσε να προκαλέσει αιμορραγία και να αυξήσει τις πιθανότητες μόλυνσης κατά τη γέννηση.

Όσον αφορά την ακτινοθεραπεία, οι υψηλές δόσεις ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται μπορούν να βλάψουν το έμβρυο οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αποβολή, γενετικές ανωμαλίες, αργή ανάπτυξη εμβρύου ή υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου παιδικής ηλικίας. Εξαιτίας αυτού, οι γιατροί δεν χρησιμοποιούν θεραπεία ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η ορμονοθεραπεία μπορεί επίσης να επηρεάσει το έμβρυο, ενώ κατά την στοχευμένη θεραπεία, φάρμακα όπως η τραστουζουμάμπη, η περτουζουμάμπη και η λαπατινίμπη δεν θεωρούνται ασφαλή για το έμβρυο.

Τέλος, οι περισσότεροι γιατροί συστήνουν στις γυναίκες που μόλις απέκτησαν μωρό και πρόκειται να υποβληθούν σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού, να σταματήσουν (ή να μην ξεκινήσουν) τον θηλασμό. Εάν προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση στήθους, η διακοπή του θηλασμού θα βοηθήσει στη μείωση της ροής του αίματος στο στήθος και θα το μειώσει. Αυτό μπορεί να βοηθήσει με την επέμβαση. Επίσης βοηθάει στη μείωση του κινδύνου μόλυνσης στο στήθος και μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή της συλλογής του μητρικού γάλακτος σε περιοχές βιοψίας ή χειρουργικής επέμβασης. Πολλά χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ορμόνες και φάρμακα στοχευμένης θεραπείας μπορούν να εισέλθουν στο μητρικό γάλα και να μεταφερθούν στο μωρό. Επομένως ο θηλασμός δεν συνιστάται σε αυτές τις περιπτώσεις.^{5, 16-}

18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1. Σωματικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού

3.1.1. Πόνος και ο ρόλος του νοσηλευτή

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ορισμοί για τον πόνο οι οποίοι προσπαθούν να περιγράψουν την ουσία του. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) υιοθετεί τον ορισμό της Διεθνούς Ένωσης για την μελέτη του πόνου (International Association for the study of Pain – IASP), ο οποίος δηλώνει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή ζημιά ιστού, ή που περιγράφεται από την άποψη μιας τέτοιας ζημιάς. Ο McCaffery δηλώνει πως «ο πόνος είναι οτιδήποτε το υπό δοκιμασία άτομο λέει ότι είναι, και υπάρχει όποτε το υπό δοκιμασία άτομο λέει ότι υπάρχει».

Ο καρκινικός πόνος είναι ένα πρόβλημα ευρείας αναγνώρισης. Αυτός ο πόνος μπορεί να είναι αλγαισθητός ή νευροπαθής, οξύς, χρόνιος ή διαλείπων. Ο παροξυσμικός πόνος αναφέρθηκε από το 80% των ασθενών.

Πολλοί ασθενείς χαρακτηρίζουν τον πόνο ως βάσανο, ανικανότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής. Όταν ο πόνος δεν ανακουφίζεται είναι δυνατό να αποδυναμώσει τους ασθενείς περαιτέρω. Λόγω του ότι μια τέτοια κατάσταση αποτρέπει τους ασθενείς από το να εργαστούν παραγωγικά, να απολαύσουν την αναψυχή τους καθώς και να ευχαριστηθούν το συνηθισμένο ρόλο που είχαν πριν νοσήσουν στην οικογένεια και την κοινωνία, η ανακούφιση του πόνου πρέπει να αποτελεί μία από τις προτεραιότητες των επαγγελματιών υγείας.

Η ποιότητα ζωής των ογκολογικών ασθενών που βιώνουν πόνο και των οικογενειών τους, σε σχέση με την ποιότητα ζωής εκείνων που δεν βιώνουν πόνο, είναι σημαντικά χειρότερες. Οι οικογένειες αυτών των ασθενών μοιράζονται το αίσθημα απώλειας ελέγχου και βασάνου, καθώς επίσης βιώνουν ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, ένα μεγάλο ποσοστό ογκολογικών ασθενών βιώνουν έντονο πόνο. Κατά τη διάρκεια της νόσου το 75% των ασθενών με καρκίνο βιώνουν πόνο. Σημαντική είναι η παρατήρηση της υποθεραπείας του πόνου, καθώς ποσοστό >40% των ογκολογικών ασθενών δηλώνει ανεπαρκή αναλγησία.^{21, 23}

Προκειμένου να υπάρξει η καλύτερη δυνατή φροντίδα σε έναν ασθενή που νιώθει πόνο, είναι σημαντική η ευαισθησία των επαγγελματιών υγείας. Οι προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες του προσωπικού υγείας επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τους ασθενείς. Πρέπει επίσης να κατανοηθούν οι δύο βασικές κατηγορίες της απάντησης στον πόνο. Η πρώτη κατηγορία είναι η στωική, όπου παρουσιάζεται μικρή ή και καθόλου έκφραση του πόνου, καθώς ο ασθενής αποδέχεται τον πόνο ως αναπόσπαστο μέρος της ασθένειας. Η δεύτερη κατηγορία είναι η συναισθηματική απάντηση στον πόνο, όπου ο πόνος εκφράζεται λεκτικά, καθώς και με εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις του σώματος. Για να είναι η αντιμετώπιση του πόνου η καλύτερη δυνατή, είναι σημαντικό να γίνονται αντιληπτές οι αποκρίσεις των ασθενών. Δεν πρέπει να υποτιμάται ο πόνος των ασθενών που τον εκφράζουν λιγότερο επίμονα, αλλά ούτε και να χορηγούνται απιοειδή ευκολότερα σε εκείνους που διαμαρτύρονται συχνότερα.

Όσον αφορά τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, υπάρχει η επίγνωση πως η εκτίμηση του πόνου είναι πιο πολύπλοκη από την απάντηση του ασθενούς με «ναι» και «όχι». Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς μπορεί να μην δηλώνουν λεκτικά πως βιώνουν πόνο, καθώς το θεωρούν αυτονόητο, όμως να το εκφράζουν με μορφασμούς. Φαίνεται πως ο κάθε επαγγελματίας υγείας ανταποκρίνεται διαφορετικά, αφού είναι πιθανότερο να αντιληφθεί έναν τρόπο επικοινωνίας κοινό πολιτισμικά με τον δικό του, παρά με ασθενείς που χρησιμοποιούν διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας ή μιλούν μια διαφορετική γλώσσα.

Είναι συχνό οι ηλικιωμένοι να μην αναφέρουν τόσο συχνά τον πόνο τους, καθώς δεν θέλουν να αποσπάσουν το νοσηλευτικό προσωπικό από πιθανόν πιο σημαντικά καθήκοντα. Άλλοι ασθενείς μπορεί να θεωρούν πως η εκδήλωση του πόνου είναι αδυναμία χαρακτήρα. Υπάρχει ακόμη και φόβος πως η ύπαρξη του πόνου οφείλεται σε σημάδι εξέλιξης της νόσου, ή φόβος πως με την εκδήλωση του πόνου θα χορηγηθεί επιπλέον φαρμακευτική αγωγή που θα

προκαλέσει παρενέργειες. Επιπλέον, σε κάποιες θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο πόνος θεωρείται κάποιου είδους δοκιμασία που ο ίδιος ο ασθενής καλείται να υποβληθεί και να ξεπεράσει μόνος του. ⁵⁴

Υπάρχουν πολλαπλά εργαλεία αξιολόγησης του πόνου, με το προσωπικό υγείας να ακολουθεί το πρωτόκολλο του φορέα στον οποίο εργάζεται. Ένα εργαλείο αξιολόγησης του πόνου απαιτεί αξιοπιστία (συνεπή αποτελέσματα όταν εκτελείται υπό παρόμοιες συνθήκες) και εγκυρότητα (η μέτρηση να ανταποκρίνεται μονάχα στον πόνο και όχι σε κάποιον άλλο παράγοντα, όπως το άγχος). Η ακρίβεια είναι απαραίτητη και το εργαλείο αξιολόγησης δεν πρέπει να είναι δυσνόητο για χρήση από τον ασθενή, καθώς μπορεί να παραιτηθεί ή να δώσει ανακριβείς απαντήσεις εάν είναι κουρασμένος ή βιώνει πόνο. ²⁴

Το ιδανικό εργαλείο αξιολόγησης του πόνου πρέπει να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αλλά όταν εξετάζονται αυτά, διαπιστώνεται ότι κανένα εργαλείο δεν τα διαθέτει όλα. Τα χαρακτηριστικά είναι να υπάρχουν ευαισθησία και απαλλαγή από προκατάληψη, να παρέχονται άμεσες πληροφορίες με ακρίβεια και αξιοπιστία, να υπάρχει διάκριση μεταξύ πόνου, δυσφορίας και συγκίνησης, να αξιολογείται ο εμπειρικός και ο κλινικός πόνος, η κλίμακα να είναι απόλυτη παρά σχετική και να υπάρχει εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα. ⁵⁴

3.1.2. Κακή θρέψη και ο ρόλος του νοσηλευτή

Καθώς υπολογίζεται πως το 20-40% των θανάτων ογκολογικών ασθενών οφείλεται στην καχεξία, τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι ζωτικής σημασίας. Επιπλέον, η κακή θρέψη σχετίζεται με την παράταση της νοσηλείας των ασθενών, με αυξημένη συχνότητα επανεισαγωγών, καθώς και αύξηση του κόστους φροντίδας.

Τα προβλήματα των ασθενών με καρκίνο σε σχέση με τη διατροφή προκαλούνται από την ίδια τη νόσο, από την θεραπεία που χορηγείται, καθώς και από την αντίδραση του ασθενούς στη διάγνωση και τη θεραπεία. Αξίζει επίσης να επισημανθεί πως η κακή θρέψη σχετίζεται με το στάδιο της νόσου. ²⁵

Η διατροφική εκτίμηση, υποστήριξη και συμβουλευτική απαιτεί μια επιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους. Η συνεργασία αυτών των επαγγελματιών με τον ασθενή και την οικογένειά του είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των διατροφικών προβλημάτων που εμφανίζονται στον καρκίνο. Συχνά οι νοσηλευτές καλούνται να λάβουν ηγετικό και συντονιστικό ρόλο σε αυτήν την ομάδα. Ο νοσηλευτής δαπανώντας τον περισσότερο χρόνο κοντά στον ασθενή, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει την πιθανή ύπαρξη προβλήματος και να την επισημάνει.

Ο πιο συχνός δείκτης για την αξιολόγηση της θρέψης ενός ασθενούς είναι η μεταβολή του βάρους, ακολουθούμενος από τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις και τις εργαστηριακές δοκιμασίες. Άλλα εργαλεία που χρησιμοποιούνται πλέον είναι το Εργαλείο Αξιολόγησης του Κινδύνου Κακής Θρέψης (Malnutrition Risk Assessment Tool), το Διεπαγγελματικό Πλάνο Διατροφικής Φροντίδας (Interdisciplinary Nutrition Care Plan), η κλίμακα Ολικής Υποκειμενικής Αξιολόγησης (Subjective Global Assessment) της διατροφικής κατάστασης, και άλλα.

Αφότου γίνει η διάγνωση του καρκίνου, χρησιμοποιείται η λήψη ιστορικού καθώς και κλινική και εργαστηριακή εξέταση ώστε να σχεδιαστεί εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο. Είναι απαραίτητο οι στόχοι που θέτονται να είναι ρεαλιστικοί. Στόχος είναι η διατήρηση ή η αύξηση της σωματικής μάζας, καθώς και η συμβολή στον περιορισμό των πιθανών χειρουργικών επιπλοκών, η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, και η αύξηση της αντοχής σε αντινεοπλασματικές θεραπείες. Είναι επίσης σημαντικό πως ένα ορθό διατροφικό πλάνο περιορίζει την κόπωση που οφείλεται στον καρκίνο και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.²⁶

Για έναν ορθό διατροφικό προγραμματισμό, οφείλεται να έχουν υπολογιστεί οι απαιτούμενες θερμίδες, η σύσταση της προσλαμβανόμενης τροφής και η οδός χορήγησής της.

Η χορήγηση της τροφής στον ασθενή είναι μια βασική νοσηλευτική ευθύνη. Η ιδανικότερη οδός λήψης είναι εκ του στόματος, αν και οι ογκολογικοί ασθενείς συχνά δυσκολεύονται ή αδυνατούν να σιτιστούν κατά αυτόν το τρόπο. Αυτό το γεγονός οφείλεται σε μια πληθώρα

προβλημάτων, όπως την ανορεξία, τη ναυτία και εμετό, την στοματίτιδα, τη δυσφαγία, την εντερική απόφραξη και την επιδείνωση της πνευματικής τους κατάστασης.

Τα συμπληρώματα διατροφής είναι ένα βασικό μέρος της διατροφικής υποστήριξης. Υπάρχουν τα χειροποίητα και τα βιομηχανικά συμπληρώματα. Τα χειροποίητα αποτελούνται από μια βάση ζωμού ή χυμού, και εμπλουτίζονται με καρυκεύματα ή άλλα υλικά που βελτιώνουν τη γεύση, και χρησιμοποιούνται τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και θερμίδες, όπως αυγά, γάλα, φρούτα και λαχανικά. Παρά το γεγονός πως τα συγκεκριμένα χειροποίητα συμπληρώματα είναι μια πιο εύγευστη εναλλακτική σε αντίθεση με τα βιομηχανικά, η κατανάλωση ωμών συστατικών αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, ειδικά στους ογκολογικούς ασθενείς, που είναι ανοσοκατασταλμένοι. Τα θετικά στοιχεία των βιομηχανικών συμπληρωμάτων είναι πως δεν απαιτούν προετοιμασία και συντήρηση και είναι εύκολα προσιτά. Επίσης, η σύστασή τους σε συστατικά είναι γνωστή και συγκεκριμένη και απορροφούνται άμεσα από τον πεπτικό σωλήνα. Τα συμπληρώματα διατροφής χρησιμοποιούνται κυρίως σε ασθενείς που παρουσιάζουν αυξημένη ανάγκη σε συγκεκριμένα συστατικά, ενώ διατηρούν την ικανότητα να σιτιστούν από το στόμα.

Η ανορεξία, η οποία σχετίζεται συχνά με την κακή θρέψη, διαθέτει φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, ώστε να αυξηθεί η όρεξη. Όσον αφορά τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα κορτικοστεροειδή και δεξαμεθαζόνη δεν συνιστώνται λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, αν και έχουν μικρό κόστος. Η μετοκλοπραμίδη έχει καλά αποτελέσματα, ενώ πολλά άλλα σκευάσματα χρήζουν ακόμα μελέτη. Στις μη φαρμακευτικές μεθόδους ανήκουν οι συμπληρωματικές θεραπείες και η σωματική άσκηση. Στην αύξηση της όρεξης βοηθάει σε μεγάλο βαθμό και η συμβουλευτική υποστήριξη.²⁷

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της όρεξης και να συμβουλευσει τους ασθενείς και την οικογένειά τους με χρήσιμες οδηγίες. Η όρεξη είναι αυξημένη τις πρωινές ώρες, και η λήψη μικρών και συχνών γευμάτων που συνοδεύονται από την κατανάλωση υγρών μπορεί να βοηθήσει αισθητά. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται στο να εκφράζει τις προτιμήσεις του, και το γεύμα που θα παρέχεται θα πρέπει να είναι ελκυστικό. Εφόσον είναι επιτρεπτό από τον θεράποντα ιατρό, καλό είναι να προστίθενται αλάτι, ζάχαρη και άλλα μπαχαρικά ώστε να βελτιωθεί η γεύση του φαγητού. Σημαντικό είναι να αποφεύγονται οι έντονες οσμές, και η

τροφή που χορηγείται να είναι μαλακή. Οι θερμίδες και οι πρωτεΐνες που προσφέρονται πρέπει να είναι αυξημένες, ενώ σε ασθενείς που απεχθάνονται το κρέας μπορούν να προσφέρονται φυτικές πρωτεΐνες. Καλό είναι κατά το γεύμα να επιδιώκεται ένα ευχάριστο και χαλαρωτικό περιβάλλον και να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να συμμετέχει στα γεύματα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Τις μέρες που ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα, πρέπει να παροτρύνεται να λαμβάνει μεγαλύτερες ποσότητες τροφής. Αντιθέτως, τις μέρες που αισθάνονται μεγαλύτερη κόπωση βοηθάει να αναπαύονται πριν τον γευματισμό. Τόσο για τον νοσηλευτή όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, είναι σημαντικό να γνωρίζουν πως η καταπίεση για λήψη τροφής μπορεί να επιδεινώσει την ανορεξία.

Η ναυτία και ο εμετός αντιμετωπίζονται επίσης φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά. Η φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο αυτών των συμπτωμάτων παραμένει ανεπαρκής σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Οι εναλλακτικές θεραπείες, όπως η ύπνωση, η απόσπαση προσοχής και άλλες συμπεριφοριστικές μέθοδοι είναι ακόμα ασαφές στο αν βοηθούν.

Ένα ακόμη πρόβλημα που σχετίζεται με την κακή θρέψη είναι η στοματίτιδα, με κυριότερο τρόπο αντιμετώπισης την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοματικά διαλύματα όπως η μαγειρική σόδα, ο φυσιολογικός ορός, το αραιωμένο υπεροξειδίο του υδρογόνου και η χλωρεξιδίνη. Οι νοσηλευτές, γνωρίζοντας πως το υπεροξειδίο του υδρογόνου και η χλωρεξιδίνη προκαλούν υπέρχρωση των δοντιών, αίσθημα καύσου και μεταβάλουν την φυσιολογική στοματική χλωρίδα, αναζητούν περαιτέρω μελέτη για ασφαλέστερα στοματικά διαλύματα.

Σε περιπτώσεις που η χορήγηση τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή, η εντερική και η παρεντερική οδός ακολουθούν. Η εντερική διατροφή προτιμάται από την παρεντερική λόγω του ότι αποφεύγεται η ατροφία του γαστρεντερικού βλεννογόνου, διατηρείται η χλωρίδα του γαστρεντερικού σωλήνα, προλαμβάνεται η μικροβιαμία από τον γαστρεντερικό σωλήνα, ενισχύεται το ανοσοποιητικό σύστημα, παρουσιάζονται λιγότερες επιπλοκές και το κόστος είναι χαμηλότερο.

Οι συσκευές και οι καθετήρες σίτισης εντερικής οδού διαφέρουν ανάλογα με τη διάρκεια που θα έχει η διατροφική υποστήριξη. Ένα στοιχείο που δε πρέπει να παραμεληθεί κατά την τοποθέτηση καθετήρα είναι να μην περιορίζονται η δραστηριότητες και ο τρόπος ζωής του ασθενή. Συνήθως οι ασθενείς τείνουν να είναι αρνητικοί προς την ύπαρξη καθετήρα σίτισης, αφού βιώνουν αισθήματα αλλαγής της εικόνας του σώματος, αυτοπεριορισμού και μειωμένης κινητικότητας.

Η παρεντερική σίτιση προσφέρεται κυρίως σε ασθενείς με σημαντική δυσλειτουργία και τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα με διάρκεια μεγαλύτερη της μίας εβδομάδας και σε σοβαρή διαταραχή κατάστασης της θρέψης. Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής, η παρεντερική σίτιση συνιστάται σε ασθενείς που δεν μπορούν να σιτιστούν ικανοποιητικά από το στόμα ή εντερικά για πάνω από 10–14 ημέρες. Η χρήση της δεν συνιστάται σε ασθενείς τελικού σταδίου και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία της νόσου. Ένα ακόμη μεγάλο μειονέκτημα της συγκεκριμένης οδού, εκτός από την ηθική υπόσταση, είναι η αυξημένη φροντίδα που χρειάζεται για τον έλεγχο του σημείου εισόδου, αλλά και η αυξημένη αναγκαιότητα του χειρισμού με άσηπτη τεχνική.^{25, 26}

Η σημαντικότερη νοσηλευτική παρέμβαση που μπορεί να γίνει σε ασθενείς με καχεξία είναι η διατροφική συμβουλευτική και η καθοδήγηση. Επιπλέον ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να ενημερώνονται για την πρόληψη, καθώς είναι η πιο σημαντική, η πιο οικονομική, η πιο ασφαλής και η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση της κακής θρέψης. Κατά την εκπαίδευση του ασθενή και των συγγενών του πρέπει να συνυπολογίζονται το μορφωτικό τους επίπεδο, η ικανότητα τους στο να εκπαιδευτούν, αλλά και οι οικονομικοί παράγοντες.

Πολύ σημαντική είναι η επαναξιολόγηση του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Ο αρχικός διατροφικός προγραμματισμός οφείλει να μεταβάλλεται και να προσαρμόζεται. Ηθικό ζήτημα αποτελεί η διακοπή της διατροφικής υποστήριξης σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου. Στο τελικό στάδιο της νόσου η κυριότερη κατεύθυνση της φροντίδας είναι η ποιότητα της ζωής, και οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν συμβουλευτικό ρόλο και υποστηρίζουν τους ασθενείς στην επιλογή τους, Πρέπει επίσης να πληροφορούν για τα οφέλη και το κόστος της διατροφικής υποστήριξης. Κρίσιμος είναι επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίπτωση που ο ασθενής

επιλέξει να διακόψει την υποστήριξη, καθώς ο ασθενής και η οικογένειά του δεν πρέπει να αισθανθούν εγκατάλειψη και παραμέληση.²⁷

3.1.3. Χειρουργική επέμβαση και ο ρόλος του νοσηλευτή

Έπειτα από κάθε χειρουργική επέμβαση είναι πιθανό να εμφανιστούν επιπλοκές. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση επιπλοκών μετεγχειρητικά είναι η ηλικία, η γενική υγεία του ασθενούς, το επιβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό και ο τύπος της επέμβασης που πραγματοποιείται.

Μία από τις πιο κοινές επιπλοκές, σύμφωνα με την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association), είναι η καταπληξία ή σοκ. Το σοκ μπορεί να προληφθεί με την αποτροπή απώλειας αίματος, με την διατήρηση της αεροφόρου οδού ανοιχτής, με την εξασφάλιση φυσιολογικής θερμοκρασίας σώματος, με την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ή αίματος, με την χορήγηση οξυγόνου και με φαρμακευτική αγωγή.

Έπειτα, η αυξημένη αιμορραγία είναι ακόμη μια επιπλοκή, η οποία όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να προκαλέσει σοκ. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προληφθεί με την παύση πιθανής λήψης αντιπηκτικής αγωγής από τον ασθενή πριν την επέμβαση.

Πολύ σοβαρή επιπλοκή αποτελεί και η μόλυνση του τραύματος. Μια μόλυνση καθυστερεί την επούλωση της τομής και μπορεί να εξαπλωθεί σε γειτονικά όργανα, ιστούς και ακόμη και να μεταφερθεί σε απομακρυσμένες περιοχές του σώματος μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Θεραπεία της μόλυνσης μπορεί να περιλαμβάνει την χορήγηση αντιβιοτικών και την παροχέτευση των υγρών που πηγάζουν από το απόστημα.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικοί με την χορήγηση αντιθρομβωτικής αγωγής μετά από κάθε χειρουργική επέμβαση. Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, που οφείλεται στον σχηματισμό κάποιου θρόμβου του αίματος, είναι άκρως επικίνδυνη.

Σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος όταν ο ασθενής δεν έχει επαρκή οξυγόνωση τις πρώτες 48 ώρες μετά την επέμβαση. Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι η ύπαρξη αίματος, νερού ή τροφής στους πνεύμονες.

Η προσωρινή κατακράτηση ούρων ή η αδυναμία κένωσης της ουροδόχου κύστης είναι μια επίσης συχνή επιπλοκή. Προκαλείται από το αναισθητικό που χορηγήθηκε για την αναισθησία και αντιμετωπίζεται με την εισαγωγή καθετήρα ούρων έως ότου ο ασθενής να επανακτήσει τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης.²⁸

Τέλος, ποτέ δεν πρέπει να παραβλέπεται η πιθανή εμφάνιση αλλεργίας στις αναισθητικές ουσίες. Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την σοβαρότητα του επεισοδίου.

Σε προεγχειρητικό επίπεδο, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην εμπειρία της ασθενούς. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αξιολογούν τις ανάγκες της υγείας του ατόμου και να αποτελούν τη βάση για όλες τις δραστηριότητες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων που σχετίζονται με τη φροντίδα. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν συνεχώς τον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση της υγείας του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα της αυτοφροντίδας του, ώστε η παρεμβατικότητα του προσωπικού να βρίσκεται στο σωστό επίπεδο.

Ο κύριος στόχος προεγχειρητικά είναι η εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή. Αυτό σημαίνει να εντοπιστούν τυχόν αλλεργίες και να χορηγούνται τακτικά τα απαιτούμενα συνταγογραφημένα φάρμακα. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να διασφαλίζει ότι καταγράφονται τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, πίεση αίματος, παλμός, αναπνοή και κορεσμός οξυγόνου). Η ανίχνευση οποιασδήποτε μη φυσιολογικής τιμής μπορεί να καθυστερήσει ή και να αναβάλει την επέμβαση.

Η κάθε κλινική μπορεί να έχει το δικό της πρωτόκολλο ολοκληρωμένης φροντίδας που πρέπει να ακολουθείται και να συμπληρώνεται. Αυτό θα διασφαλίσει, μεταξύ άλλων, ότι η ασθενής είναι σωστά ντυμένη, ότι το βερνίκι νυχιών, τα κοσμήματα και κάθε πιθανό προσθετικό αφαιρούνται και ότι φοριέται το σωστό μέγεθος αντιθρομβωτικών καλτσών. Αυτές οι κάλτσες μειώνουν την πιθανότητα μιας εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, η οποία αποτελεί πιθανό

πρόβλημα για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Επίσης, είναι ευθύνη του νοσηλευτή να διασφαλίζει ότι ο ασθενής υφίσταται περίοδο λιμού και δε λαμβάνει υγρά (ιατρική και νομική απαίτηση) , εκτός από περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Τέλος, η παροχή πληροφοριών πριν από τη χειρουργική επέμβαση μειώνει τα επίπεδα άγχους και πόνου και προάγει την καλύτερη και ταχύτερη ανάρρωση.

Η μετεγχειρητική περίοδος παρουσιάζει πολλά πιθανά προβλήματα. Το πιο σημαντικό καθήκον είναι να ελεγχθεί ότι ο αεραγωγός της ασθενούς είναι καθαρός και ότι χορηγείται οξυγόνο σε περίπτωση που απαιτείται οξυγονοθεραπεία. Η φροντίδα του στόματος είναι εξαιρετικά σημαντική για την ασφάλεια και την άνεση του ασθενούς. Αίμα εμφανίζεται συχνά μετά από ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Εάν η ασθενής αδυνατεί να πει νερό, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί στοματικό διάλυμα και να παρέχει στοματική υγιεινή, καθαρίζοντας τα δόντια και τα ούλα. Επίσης, εφαρμόζεται πετρελαϊκός πολτός σε ξηρά χείλη.

Τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, παλμός, αρτηριακή πίεση, αναπνοή και κορεσμός οξυγόνου) πρέπει να μετρώνται τακτικά και σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου και οποιαδήποτε μη φυσιολογική ένδειξη πρέπει να αναφέρεται. Ο πόνος πρέπει να αξιολογείται τακτικά και η αναλγησία να χορηγείται ταχέως.

Οι επίδεσμοι πρέπει να ελέγχονται τακτικά για αιμορραγία και εκκρίσεις και κάθε παρατήρηση πρέπει να παρακολουθείται. Τα συστήματα παροχέτευσης πρέπει επίσης να ελέγχονται τακτικά και τα μπουκάλια αποστράγγισης θα αφαιρούνται εγκαίρως, ανάλογα με την ποσότητα των εκκρίσεων, τις οδηγίες του χειρουργού και την πολιτική του νοσοκομείου. Η ασφάλεια, η καθαριότητα και η άνεση της ασθενούς είναι επίσης ευθύνη του νοσηλευτή.

Τέλος, εκτός από τη φροντίδα της ασθενούς, η οποία βρίσκεται στο επίκεντρο, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει τους συνοδούς της ασθενούς για την πορεία της ανάρρωσής της.^{55, 29}

3.1.4. Χημειοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες, οι οποίες εξαρτώνται από τον τύπο και τη δόση των χορηγούμενων φαρμάκων και τη διάρκεια της θεραπείας. Ορισμένες από τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν την απώλεια μαλλιών, τις πληγές στο στόμα, την απώλεια όρεξης και αλλαγές στο βάρος, τη ναυτία και έμετο, και τη διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων (λόγω χαμηλού αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων), συχνή δημιουργία μολώπων ή αιμορραγίας (λόγω χαμηλών επιπέδων αιμοπεταλίων) και σε κόπωση (λόγω χαμηλού αριθμού ερυθρών αιμοσφαιρίων). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες συνήθως εξαφανίζονται μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Για τις νεότερες γυναίκες, οι μεταβολές στις εμμηνορροϊκές περιόδους είναι μια κοινή παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Η πρόωγη εμμηνόπαυση και η στειρότητα μπορεί να είναι μόνιμες. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία, επομένως όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι η γυναίκα που της χορηγείται χημειοθεραπεία, τόσο πιο πιθανό είναι να περάσει στην εμμηνόπαυση ή να γίνει άγονη. Όταν συμβεί αυτό, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος οστεοπόρωσης.¹⁴

Η ουδετεροπενία είναι επίσης ένα συχνό πρόβλημα της χημειοθεραπείας. Τα ουδετερόφιλα είναι τα σημαντικότερα από τα κύτταρα του αίματος που επηρεάζονται από τη χημειοθεραπεία. Η ουδετεροπενία, μια κατάσταση ασυνήθιστα χαμηλού αριθμού ουδετερόφιλων κυττάρων, συνήθως αναπτύσσεται 8-12 ημέρες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, με πλήρη ανάκτηση των ουδετεροφίλων 21-28 ημέρες μετά τη θεραπεία. Οι περισσότερες ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία για καρκίνο του μαστού θα λάβουν τη θεραπεία τους εκτός νοσοκομείου και θα νοσηλευτούν μόνο στην περίπτωση που εμφανίσουν πυρετό, κατάσταση που απαιτεί άμεση προσοχή και αξιολόγηση. Η επείγουσα ενδοφλέβια θεραπεία με αντιβιοτικά είναι σχεδόν βέβαιο ότι απαιτείται και τα ζωτικά σημεία της ασθενούς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά καθώς υπάρχει κίνδυνος για σηπτικό σοκ. Εάν δεν γίνει θεραπεία η εμφάνιση πυρετού σε ασθενή ουδετεροπενίας θα οδηγήσει σε σηπτικό σοκ, το οποίο πιθανότατα θα είναι θανατηφόρο. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο σπίτι θα πρέπει να παρακολουθούνται για

πυρετό, πονόλαιμο, δυσουρία ή παραγωγικό βήχα. Εάν κάποιος ασθενής έχει ενδείξεις λοίμωξης, θα πρέπει να επικοινωνεί αμέσως με τη μονάδα χημειοθεραπείας του νοσοκομείου.

Η αναιμία είναι συνηθισμένη και τείνει να επιδεινώνεται όσο επιτείνεται η θεραπεία. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να είναι λειτουργικοί ακόμη και με χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης, επομένως οι μεταγγίσεις χορηγούνται μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο από το πρωτόκολλο του εκάστοτε νοσοκομείου.

Παρομοίως, η θρομβοκυτταροπενία είναι συχνή, αλλά η πτώση των τιμών του αίματος σε επίπεδα που απαιτούν παρέμβαση είναι ασυνήθιστη. Τα χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων μπορεί να καθυστερήσουν τη θεραπεία μέχρι να επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ο μύθος ότι όλοι οι τύποι χημειοθεραπείας προκαλούν αλωπεκία είναι λανθασμένη, αν και για κάποιους είναι η πιο αισθητή και συχνά πιο δυσάρεστη παρενέργεια. Αν και δεν είναι ένα συμβάν απειλητικό για τη ζωή, η απώλεια μαλλιών έχει σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Κάποιοι μπορεί ακόμη και να αρνηθούν πιθανή θεραπευτική αγωγή εξαιτίας της πιθανότητας αλωπεκίασης. Η έκταση της απώλειας τρίχας κυμαίνεται από την αραίωση των μαλλιών του τριχωτού της κεφαλής έως την απώλεια σωματικής τριχοφυΐας. Σε αντίθεση με τη φυσική απώλεια μαλλιών, η αλωπεκία που προκαλείται από χημειοθεραπεία συμβαίνει ταχέως και συνήθως ξεκινά 2-3 εβδομάδες μετά από μια χημειοθεραπευτική δόση. Η αλωπεκία γίνεται πιο εμφανής μετά από 1-2 μήνες, είναι όμως προσωρινή και αναστρέψιμη, καθώς μετά τη διακοπή των φαρμάκων η αναγέννηση είναι ορατή εντός 6-8 εβδομάδων. Καθώς τα μαλλιά αναπτύσσονται μπορεί να είναι εμφανής η αλλοίωση του χρώματος τους (πιο ανοιχτά ή πιο σκούρα), η υφή τους (τραχύτερη) και ο τύπος τους (ίσια ή σγουρά).^{14, 16, 22}

Ναυτία και εμετός εμφανίζονται στο περίπου 25% των ασθενών, και αυτό συμβαίνει πριν από τη χορήγηση της χημειοθεραπείας. Η χορήγηση λοραζεπάμης πριν από τη θεραπεία ανακουφίζει τις αναμενόμενες επιδράσεις αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται με μεγάλη προσοχή λόγω των ηρεμιστικών της επιδράσεων. Το στάδιο της οξείας ναυτίας και του εμετού εμφανίζονται από λίγα λεπτά έως 1-2 ώρες μετά τη θεραπεία και συνήθως καταστέλλονται εντός 24 ωρών. Αυτό γενικά σχετίζεται με την εμετογόνο δράση των χορηγούμενων φαρμάκων και μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χορήγηση κατάλληλων αντιεμετικών πριν από τη χορήγηση

της χημειοθεραπείας. Η καθυστερημένη ναυτία και έμετος επιμένει ή αναπτύσσεται 24 ώρες μετά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας.

Η αντιμετώπιση της ναυτίας και του έμετου θα πρέπει να ξεκινά με τη λήψη ενός ιστορικού και την ανάπτυξη ενός πλάνου πρόληψης με αντιεμετικά. Άτομα με μεγάλη πρόσληψη αλκοόλης φαίνεται να έχουν μειωμένη εμφάνιση ναυτίας και εμετού. Τα αντιεμετικά διακόπτουν την διέγερση του κέντρου εμετού στον εγκέφαλο. Τα αντιεμετικά πρωτόκολλα κατευθύνουν τους επαγγελματίες υγείας να συνταγογραφήσουν τα αποτελεσματικότερα φάρμακα για την εκάστοτε περίπτωση. Είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι ασθενείς σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες της αντιεμετικής θεραπείας.²²

Αρκετά φάρμακα χημειοθεραπείας σχετίζονται με την αλλοίωση της χρώσης του δέρματος και των νυχιών, επίπτωση που είναι καθαρά αισθητική. Η υπέρχρωση εμφανίζεται πιο συχνά στα άτομα με σκουρόχρωμο δέρμα. Επίσης, μπορεί να εκδηλωθούν μεταβολές στα δάκτυλα και στις φλέβες.

Η αύξηση του σωματικού βάρους είναι άλλη μια παρενέργεια της χημειοθεραπείας και οφείλεται σε αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και μειωμένη δραστηριότητα λόγω κόπωσης. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους είναι η χρήση στεροειδών, αλλαγές στους υποδοχείς της γεύσης, η αυξημένη όρεξη, η κατάθλιψη και η ψυχική δυσφορία. Η αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να επηρεάσει την εικόνα και την αυτοεκτίμηση του ασθενούς.

Περιφερική νευροπάθεια μπορεί να προκληθεί από διάφορα φάρμακα, αλλά τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του μαστού και είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν περιφερική νευροπάθεια είναι η βινoreλβίνη, η καρβοπλατίνη και οι ταξάνες. Τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας ποικίλουν ανάλογα με τα νεύρα που επηρεάζονται, αλλά πιο συχνά επηρεάζονται τα άνω και κάτω άκρα. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι αρχικά ήπια, αλλά να ενισχύονται όσο συνεχίζεται η χημειοθεραπεία και έτσι οι ασθενείς χρειάζονται προσεκτική αξιολόγηση σε κάθε επίσκεψη. Καθώς δεν υπάρχει θεραπεία για την ίδια την περιφερική νευροπάθεια, η θεραπεία θα ήταν να σταματήσει ο αιτιολογικός παράγοντας, δηλαδή η χημειοθεραπεία. Αυτή είναι μια δύσκολη επιλογή για πολλούς, και μία στην οποία ο

νοσηλευτής έχει σαφή υποστηρικτικό ρόλο. Η αντιμετώπιση της περιφερικής νευροπάθειας περιλαμβάνει τη χρήση αναλγητικών.^{16, 22}

Η κόπωση είναι άλλο ένα κοινό πρόβλημα για τις γυναίκες που έχουν λάβει χημειοθεραπεία. Αυτό μπορεί να διαρκέσει μερικούς μήνες έως αρκετά χρόνια. Οι ασθενείς θα πρέπει να κάνουν τακτικά διαλείμματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και να ξεκουράζονται.

Το στοματικό βλεννογόνο, με τον ταχύ ρυθμό πολλαπλασιασμού του, είναι πρωταρχικός στόχος για επιπλοκές της χημειοθεραπείας. Ένα σοβαρά ερεθισμένο βλεννογόνο μπορεί να έχει επιπτώσεις στην κατάποση, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους, και σε δυσκολία στην επικοινωνία. Επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από την στοματίτιδα είναι τόσο οξείες όσο και χρόνιες. Η θεραπεία της στοματίτιδας περιλαμβάνει τοπικά αναισθητικά, αναλγητικά και καθαρισμό της στοματικής κοιλότητας με στοματικά διαλύματα. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρέχει εκπαίδευση για καλή στοματική υγιεινή. Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν πως η καλή στοματική υγιεινή συμβάλει στη μείωση των επιδράσεων της χημειοθεραπείας. Οι νοσηλευτές πρέπει να συμβουλεύουν τους ασθενείς να τηρούν στοματική υγιεινή δύο φορές την ημέρα με μια μαλακή οδοντόβουρτσα την οποία θα ξεπλύνουν προσεκτικά μετά τη χρήση. Πρέπει επίσης να χρησιμοποιούν στοματικό διάλυμα. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι οι ερεθιστικές ουσίες όπως ο καπνός, το αλκοόλ και η καφεΐνη θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς ξηραίνουν και ερεθίζουν τις βλεννογόνους μεμβράνες. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν άμεση βλάβη στα κύτταρα της γεύσης, προκαλώντας αλλαγές γεύσης.

Όσον αφορά τις εντερικές διαταραχές, οποιαδήποτε χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διάρροια, η οποία μπορεί συνήθως να ελεγχθεί με φάρμακα. Η παρατεταμένη φλεγμονή του εντέρου είναι εξουθενωτική και μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση και θάνατο. Η δυσκοιλιότητα προκαλείται συχνά από πολλούς παράγοντες όπως την απώλεια της όρεξης, την αντιεμετική θεραπεία, την αναλγησία και τη χημειοθεραπεία. Ένα συγκεκριμένο φάρμακο που χρησιμοποιείται στον καρκίνο του μαστού, η βινορελβίνη, μπορεί να προκαλέσει έντονη δυσκοιλιότητα λόγω της επιβράδυνσης των νεύρων που διεγείρουν το έντερο.

Η υπογονιμότητα και η στειρότητα μετά τη χημειοθεραπεία έχουν παρατηρηθεί από τις αρχές της δεκαετίας του '70. Η πιθανότητα ότι η χημειοθεραπεία θα επηρεάσει τη γονιμότητα ενός

ασθενούς εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία και τα χορηγούμενα φάρμακα. Η χημειοθεραπεία μπορεί να παράγει σημαντικά αποτελέσματα στη γονιμότητα του ασθενούς. Οι γυναίκες που λαμβάνουν χημειοθεραπεία πριν την ηλικία των 40 ετών έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να επανακτήσουν τον κανονικό εμμηνορυσιακό τους κύκλο.

Πολλές γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση που λαμβάνουν χημειοθεραπεία για καρκίνο του μαστού θα εμφανίσουν ωθηκική ανεπάρκεια και πρόωμη εμμηνόπαυση. Σε αντίθεση με τους άνδρες, η ηλικία των γυναικών είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της προκαλούμενης από τη θεραπεία στειρότητας. Η πιθανότητα πρόωρης εμμηνόπαυσης αυξάνεται για τις γυναίκες καθώς πλησιάζουν την ηλικία των 40 ετών. Για τις περισσότερες γυναίκες, η έμμηνος ρύση σταματά κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή γίνεται ασταθής για 2-3 χρόνια και εμφανίζεται αμηνόρροια. Οι γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση και λαμβάνουν χημειοθεραπεία θα πρέπει να ενημερώνονται με σαφήνεια για τον κίνδυνο προσωρινής ή μόνιμης ωθηκικής ανεπάρκειας. Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που συνήθως εμφανίζονται περιλαμβάνουν εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, ξηρότητα του κόλπου και ασταθή εμμηνόρροια. Οι ασθενείς θα χρειαστούν υποστήριξη και συμβουλές σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των συμπτωμάτων.¹²

Όσον αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή, αρχικά πρέπει να γίνεται προσέγγιση της ασθενούς και να γίνεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος. Η ευθύνη του νοσηλευτή συνεχίζεται στο να τοποθετηθεί η ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία σε έναν μικρό θάλαμο. Η κλίνη πρέπει να είναι άσηπτη και οι επισκέπτες να είναι όσο το δυνατόν λιγότεροι. Πρέπει να καταστεί σαφές στην ασθενή πώς οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις που ασκούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ένδειξη ότι παράλληλα με την καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφονται και υγιή κύτταρα. Προκειμένου η ασθενής να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σημαντικό να έχει εκπαιδευτεί από τον νοσηλευτή. Ένα μέσο πληροφόρησης και διδασκαλίας είναι και η χορήγηση έντυπων πληροφοριών. Τέλος, πριν ξεκινήσει η θεραπεία πρέπει να γίνεται μια γενική αξιολόγηση της ασθενούς ως προς την θρέψη της, την κατάσταση του δέρματός της, την κατάσταση της στοματικής της κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητάς της, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα και της συναισθηματικής της κατάστασης.^{18, 22, 6}

3.1.5. Ακτινοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή

Τα πρώτα προβλήματα της ακτινοθεραπείας του μαστού εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή εβδομάδες έως μήνες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των οξέων μεταβολών του δέρματος, του οιδήματος του μαστού, της νέκρωσης του λίπους, των δυστροφικών αποτιτανώσεων, της πνευμονίας που προκαλείται από την ακτινοβολία και της υπεζωκοτικής συλλογής. Οι οξείες παρενέργειες της θεραπείας εμφανίζονται συχνά, λήγουν όμως συνήθως εντός 4-6 εβδομάδων μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας.¹⁹

Πολλοί ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία αναπτύσσουν δερματική τοξικότητα που προκαλείται από την ακτινοβολία. Η σοβαρότητα της αντίδρασης έχει αποδοθεί σε παράγοντες σχετιζόμενους με τη θεραπεία, όπως η ενέργεια της ακτίνας, η δόση, η διάρκεια της θεραπείας, η χρήση βλωμού, η θέση της θεραπείας, καθώς και ειδικοί για τον ασθενή παράγοντες όπως ο τύπος δέρματος και ο διαβήτης. Μετά την έκθεση του δέρματος σε ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να παρατηρηθούν αρκετές διαφορετικές φάσεις απόκρισης. Η πρώτη είναι ένα παροδικό ερύθημα που εμφανίζεται εντός λίγων ωρών μετά τη θεραπεία και υποχωρεί μετά από 24-48 ώρες.

Η κόπωση που σχετίζεται με την ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι ήπια έως μέτρια και συνήθως παρουσιάζει αιχμή κατά την τέταρτη εβδομάδα της θεραπείας. Αν και επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 4-6 εβδομάδων μετά την ολοκλήρωση, μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών και στην γενικότερη ποιότητα ζωής. Κατά τη διάρκεια των ακτινοθεραπειών είναι σημαντικό να συμβουλευτείται ο ασθενής σχετικά με την αυτοδιαχείριση της κόπωσης. Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να δίνουν προτεραιότητα σε βασικές δραστηριότητες και να αναβάλλουν τις μη απαραίτητες. Η θεραπεία συγκεκριμένων αιτίων που σχετίζονται με την κόπωση όπως είναι η αναιμία, η κατάθλιψη, το άγχος και η αϋπνία θα πρέπει να πραγματοποιείται. Επίσης, η άσκηση μπορεί να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για την ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων της κόπωσης με βασική προϋπόθεση ο ασθενής να βρίσκεται σε θέση να την πραγματοποιήσει.

Το οίδημα του μαστού που εμφανίζεται ως δερματική και οστική πάχυνση παρουσιάζεται στις πρώτες εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας. Το οίδημα συνήθως υποχωρεί σε μια περίοδο εβδομάδων, μηνών ή μερικές φορές ακόμη και χρόνων. Ακτινογραφικά, ένας μαστός που έχει υποστεί ακτινοβολία με δερματική και οστική πάχυνση φαίνεται πυκνότερο σε σύγκριση με τον αντίθετο φυσιολογικό μαστό.

Η βλάβη των αρτηριών που προκαλείται από την έκθεση στην ακτινοβολία σε συνδυασμό με κάποια χειρουργική βλάβη μπορεί να οδηγήσει σε άμεση ή έμμεση ιστική νέκρωση. Σε τομογραφική απεικόνιση μπορεί να παρατηρηθεί νέκρωση λιπώδους ιστού με την μορφή φλεγμονής. Έτσι, μία τέτοια αλλοίωση μοιάζει να μιμείται την υποτροπή όγκου.³⁰

Η πνευμονίτιδα από ακτινοβολία εμφανίζεται 4-12 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας και στους περισσότερους ασθενείς επιλύεται εντελώς σε 6-8 εβδομάδες χωρίς να εμφανιστούν άλλες επιπλοκές ή οστεοπόρωση. Η συμπτωματική πνευμονίτιδα δεν συνηθίζεται όταν ακτινοβολείται μόνο ο ένας μαστός. Τα κλινικά συμπτώματα της πνευμονίτιδας από ακτινοβολία είναι ο ξηρός βήχας, ο πυρετός και η δύσπνοια. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα, χρησιμοποιείται θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Κάποιες από τις επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν μήνες ή και χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι η τελαγγειεκτασία, η αδενική ατροφία, τα κατάγματα οστών, το λεμφοίδημα, η ακινησία του ώμου και η περικαρδίτιδα. Η καρδιακή νόσος που προκαλείται από ακτινοβολία μπορεί να παρατηρηθεί έως και 10-20 χρόνια μετά τη θεραπεία. Οι παρενέργειες που εμφανίζονται μετά τη λήξη της θεραπείας είναι σπάνιες σε σύγκριση με τις οξείες παρενέργειες, αλλά μπορεί να γίνουν προοδευτικά πιο σοβαρές σε μεμονωμένες περιπτώσεις και είναι γενικά μη αναστρέψιμες. Κάποιες φορές θέτουν τη ζωή των ασθενών σε κίνδυνο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το οίδημα του μαστού που προκαλείται από την ακτινοβολία προκαλεί αδενική ατροφία. Η δερματική ατροφία εμφανίζεται περίπου σε 26 εβδομάδες και εμφανίζει λέπτυνση των δερματικών ιστών που σχετίζονται με τη συστολή της προηγουμένως ακτινοβολούμενης περιοχής. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει σκλήρυνση, αλλαγή στο σχήμα

και μείωση του όγκου του μαστού. Η τελαγγειεκτασία μπορεί να παρατηρηθεί εντός ενός έτους και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου.

Το λεμφοίδημα θεωρείται η πιο σοβαρή επιπλοκή της ακτινοθεραπείας για τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρή ψυχολογική και λειτουργική νοσηρότητα και επιδεινώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι δυνατή η θεραπεία του. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η εμφάνισή του. Η λανθάνουσα περίοδος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 1,5 και 4 ετών, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί έως και 10 χρόνια μετά τη θεραπεία.^{19,22}

Η δυσκαμψία του ώμου προκαλείται συνήθως από τη μυϊκή φθορά και τη βλάβη στο αγγειακό σύστημα ή στις αρθρώσεις. Το εύρος της κίνησης μπορεί επίσης να μειωθεί ως αποτέλεσμα του λεμφοδήματος ή της νευρικής βλάβης και τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μετά από λανθάνουσα περίοδο 4 ετών. Για να μειωθούν οι συνέπειες των προβλημάτων των ώμων, προτείνεται στους ασθενείς να ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα άσκησης, εφόσον είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν μια τέτοια προοπτική.

Τα πιο συχνά διαγνωσμένα καρδιακά προβλήματα κατά την ακτινοθεραπεία είναι η οξεία περικαρδίτιδα, η περικαρδική συλλογή υγρού και οι αρρυθμίες. Ο κίνδυνος καρδιακής νόσου φαίνεται να αυξάνεται για δεκαετίες μετά την ακτινοθεραπεία. Στις περισσότερες μελέτες, η θνησιμότητα λόγω καρδιακών νοσημάτων δεν παρατηρήθηκε νωρίτερα από 10-15 χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού, αν και οι περισσότερες σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας έχουν σημαντικά μειωμένη καρδιακή ακτινοβολία.

Ο νοσηλευτής αρχικά πρέπει να ενημερώσει την ασθενή και την οικογένειά της σχετικά με την ακτινοθεραπεία και το ακτινοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί. Γνωστοποιώντας στην ασθενή τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και συζητώντας μαζί της, θα μετριάσει τον φόβο και το άγχος της ασθενούς. Είναι απαραίτητο για τον νοσηλευτή να γνωρίζει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και να ασκεί κάθε δυνατό μέτρο για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους, καθώς και να ασκεί παρηγορητικό ρόλο προς την θεραπευόμενη. Σημαντικής σημασίας είναι η ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη λήξη της θεραπείας.³¹

3.1.6. Ορμονοθεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι θεραπείες ορμονών συχνά δίνονται μαζί με άλλες θεραπείες και έτσι ο διαχωρισμός των παρενεργειών της ορμονοθεραπείας από τις άλλες θεραπείες μπορεί να είναι δυσχερής και μερικές φορές αδύνατος.

Ορισμένες γυναίκες που μπορεί να νιώθουν κούραση συχνά κατηγορούν την ορμονοθεραπεία, δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός πως έχουν περάσει ή ακόμη περνούν μια άκρως σοβαρή και απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Οι λοιπές θεραπείες που λαμβάνουν σε συνδυασμό με την ορμονοθεραπεία είναι επίσης επιθετικές και συχνά οδηγούν σε αίσθημα κόπωσης, άγχους και κατάθλιψης. Δεν πρέπει να απορρίψουμε τις ορμόνες ως πιθανή αιτία κατάθλιψης και αύξησης βάρους, αλλά αυτά τα προβλήματα δεν πρέπει να ληφθούν μεμονωμένα από τους υπόλοιπους πιθανούς παράγοντες. Πολλές συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των ορμονικών θεραπειών είναι παρόμοιες με τις επιδράσεις που παρατηρούνται κατά την εμμηνόπαυση. Λόγω της εμμηνόπαυσης μια γυναίκα μπορεί να αισθάνεται ότι δεν είναι πια το ίδιο πρόσωπο που ήταν, μπορεί πλέον να σκέφτεται τον εαυτό της ως μια ηλικιωμένη. Η εμμηνόπαυση ίσως είναι μια συνεχής υπενθύμιση του καρκίνου.³²

Η εμμηνόπαυση είναι μια περίοδος αλλαγής που συνοδεύεται συχνά από μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως οι εξάψεις, που μπορεί να είναι δυσάρεστες για μερικές γυναίκες. Ενώ αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται σε μια φυσιολογική εμμηνόπαυση, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι, για μερικές γυναίκες μπορεί να είναι συχνότερα και πιο σοβαρά. Έχει πλέον διαπιστωθεί ότι τα προβλήματα της εμμηνόπαυσης είναι ένα ζήτημα που απασχολεί την πλειοψηφία των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού και περίπου το 65% θα εμφανίσει εξάψεις. Μια μελέτη 150 ασθενών με καρκίνο του μαστού διαπίστωσε ότι ο μέσος αριθμός εμφάνισης εξάψεως ημερησίως ήταν κατά μέσο όρο 5, κυμαινόμενος από 1 έως και 30. Οι γυναίκες διαχειρίζονται τις εξάψεις με μια ποικιλία τρόπων. Αυτές περιλαμβάνουν τη χρήση ανεμιστήρων και την επιλογή κατάλληλου ρουχισμού. Μία μελέτη ρώτησε τις γυναίκες τι έκαναν για να διαχειριστούν τις εξάψεις και διαπίστωσε ότι η μέθοδος που αναφέρθηκε πιο

συχνά ήταν η κατανάλωση άφθονου κρύου νερού. Οι επιλογές ρουχισμού και κλινοσκεπασμάτων αφορούσαν τη χρήση απορροφητικών υλικών, όπως το βαμβάκι και το μετάξι. Επίσης, άνετα και φαρδιά ρούχα είναι καλύτερα από ρούχα με πιο σφικτή εφαρμογή.

Περίπου το 36% των γυναικών εμφανίζουν κοιλιακή ξηρότητα, με ήπιο ή σοβαρό ερεθισμό, προκαλώντας πόνο και αναστέλλοντας την σεξουαλική επαφή. Η χρήση ενυδατικών κρεμών μπορεί να βοηθήσει. Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση έναντι της ξηρότητας είναι η τοπική χρήση οιστρογόνων.³³

Ορισμένες γυναίκες που εμφανίζουν πρόωμη εμμηνόπαυση λόγω της θεραπείας για τον καρκίνο μπορεί να ανησυχούν για την πιθανότητα εμφάνισης οστεοπόρωσης στην μετέπειτα ζωή τους, ειδικά αν υπάρχει και ανάλογο οικογενειακό ιστορικό. Τα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης περιλαμβάνουν άτομα με ηλικία άνω των 65 ετών, με πρόωμη εμμηνόπαυση, με γνωστή οστεοπενία, με χαμηλή τιμή χοληστερίνης, που καπνίζουν και έχουν βάρος κάτω των 60 κιλών. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να γίνεται μέτρηση της οστικής πυκνότητας κάθε 18 με 24 μήνες. Η σωματική άσκηση και η σωστή διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην διατήρηση ενός ισορροπημένου βάρους και να αυξήσει τη μυϊκή δύναμη, γεγονός το οποίο συμβάλει στην αποτροπή πιθανών πτώσεων, επομένως μειώνεται και η πιθανότητα καταγμάτων.

Ο πόνος των αρθρώσεων θεωρείται ως το πιο κοινό πρόβλημα της εμμηνόπαυσης μετά τον καρκίνο του μαστού, επηρεάζοντας το 77% των γυναικών. Έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού βιώνουν πόνο στις αρθρώσεις συχνότερα από τις υπόλοιπες γυναίκες, γεγονός το οποίο δεν έχει ακριβή αιτιολογία. Τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων είναι ένας πιθανός παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει. Μέχρι στιγμής, είναι ελάχιστα γνωστό πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτός ο πόνος.³²

Η αύξηση της όρεξης και η επακόλουθη αύξηση του βάρους συνδέονται σαφώς με τη χρήση της προγεστερόνης. Είναι κοινό πως το λίπος του σώματος αυξάνεται μετά την εμμηνόπαυση. Η κατανομή του σωματικού λίπους συγκεντρώνεται στην κοιλιακή περιοχή. Οι δυτικές κοινωνίες ασκούν υπερβολική πίεση στις γυναίκες να συμμορφώνονται με τα πρότυπα ομορφιάς. Η αύξηση του βάρους μπορεί να δώσει έμφαση στις αλλαγές τις οποίες οι ασθενείς

ήδη υφίστανται λόγω της αντιμετώπισης μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Ο σημαντικότερος παράγοντας ελέγχου της αύξησης βάρους είναι η σωματική άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή. Η συμβουλή κάποιου ειδικού διατροφολόγου είναι σημαντική.

Ορισμένες γυναίκες υποφέρουν επίσης από άλλες αλλαγές στην εικόνα του σώματος, όπως αραίωση μαλλιών λόγω της ταμοξιφαίνης και αύξηση της λιπαρής επιδερμίδας λόγω της προγεστερόνης. Επίσης, σε χορήγηση ανδρογόνων αυξάνεται η τριχόπτωση και η εμφάνιση τριχοφυΐας στο πρόσωπο και στο σώμα, η αλλαγή της φωνής, όπως και η αύξηση της σεξουαλικής διάθεσης.

Τέλος, τα οιστρογόνα αυξάνουν τον κίνδυνο εμβολής. Μία μικρή αύξηση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων παρατηρήθηκε επίσης με την ταμοξιφαίνη.

Είναι σημαντική η ευθύνη του νοσηλευτή ως προς την ενημέρωση της ασθενούς, καθώς η θεραπεία με ορμόνες συνεπάγεται με μία σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών. Γεγονός το οποίο πρέπει να τονιστεί είναι πως οι περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι προσωρινές και δεν θα συνεχιστούν μετά το τέλος της θεραπείας. Αφού η ασθενής ενημερωθεί σχετικά με κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια, θα πρέπει ο νοσηλευτής να προάγει διδασκαλία ως προς την αντιμετώπιση τους, καθώς συνήθως η ορμονοθεραπεία συνεχίζει να λαμβάνεται από την ασθενή στο σπίτι της χωρίς την επίβλεψη κάποιου επαγγελματία υγείας. Μία από τις ανεπιθύμητες ενέργειες η οποία δεν θα λήξει κατά την παύση της θεραπείας, είναι η αύξηση βάρους. Για αυτό, είναι ορθό ο νοσηλευτής να προτρέψει την ασθενή να συμβουλευτεί ένα διαιτολόγο. Επίσης υποστηρικτικό ρόλο λαμβάνει ο νοσηλευτής καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, αφού είναι πιθανό μία ασθενής που εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες, να βρίσκεται σε μία διαρκή διαδικασία αντιστάθμισης των πλεονεκτημάτων σε σχέση με τα μειονεκτήματα της λήψης ορμονοθεραπείας.^{22, 33}

3.2. Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού

3.2.1. Κατάθλιψη και άγχος

Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να έχει ευρείες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ο επιπολασμός της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των ατόμων με καρκίνο είναι υψηλός. Μεταξύ εκείνων που δεν έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η διάγνωση καρκίνου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κοινών ψυχικών διαταραχών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς τη θεραπεία και την ανάρρωση του καρκίνου, καθώς και την ποιότητα ζωής και την επιβίωση. Τα άτομα που έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και με μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας μετά από μια διάγνωση του καρκίνου. Ωστόσο, στις ψυχικές ανάγκες των ανθρώπων με καρκίνο, με ή χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, συχνά δίνεται ελάχιστη προσοχή κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία του καρκίνου, η οποία επικεντρώνεται κυρίως στην παρακολούθηση των φυσικών συμπτωμάτων υγείας και των παρενεργειών.³⁵

Μια ποικιλία παραγόντων είναι πιθανόν να αλληλεπιδράσει για να επηρεάσει την ανάπτυξη της κατάθλιψης και του άγχους στους ανθρώπους με καρκίνο, αλλά αυτές δεν είναι καλά κατανοητές και απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Οι μεμονωμένοι παράγοντες κινδύνου που ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης, παρόμοιοι με τον γενικό πληθυσμό, περιλαμβάνουν δημογραφικούς παράγοντες, όπως ηλικία και φύλο, καθώς και κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως η ανεργία, τα λιγότερα εκπαιδευτικά προσόντα και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης. Η ανάπτυξη της κατάθλιψης και του άγχους στους ανθρώπους με καρκίνο είναι επίσης πιθανό να εξαρτάται από παράγοντες όπως το κόστος και τη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς και την πρόσβαση στην κοινωνική στήριξη, όπως τα επιδόματα αναπηρίας, καθώς ο καρκίνος μπορεί να έχει σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις.

Βασικός παράγοντας είναι η παρουσία προϋπαρχόντων προβλημάτων ψυχικής υγείας και η σοβαρότητα τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που είχαν πρόσβαση στο παρελθόν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας πριν από τη διάγνωση του καρκίνου, έχουν αυξημένη θνησιμότητα εξαιτίας κάποιων καρκίνων, γεγονός που μπορεί να αντανάκλα την καθυστερημένη διάγνωση, την ανεπαρκή θεραπεία και το υψηλότερο ποσοστό δυσμενών συμπεριφορών στην υγεία. Οι παράγοντες προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός μπορούν επίσης να συμβάλουν. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων με καρκίνο είναι υψηλότερος από τον γενικό πληθυσμό για

ορισμένες διαγνώσεις που τείνουν να έχουν φτωχότερες προγνώσεις, ειδικά κατά τους πρώτους 6 μήνες μετά τη διάγνωση. Τα άτομα που έχουν εμπλακεί σε αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιθανό να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.^{35, 36}

Η ψυχολογική αντίδραση του κάθε ξεχωριστού ασθενή σε μια διάγνωση του καρκίνου είναι επίσης πιθανό να αποτελέσει σημαντική συνιστώσα. Η εμπειρία της διάγνωσης, ιδιαίτερα εάν η διάγνωση καθυστέρησε, μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή άγχους και μπορεί να έχει αντίκτυπο στην αποδοχή της ασθένειας. Τα αισθήματα της απελπισίας, της απώλειας ελέγχου και της αβεβαιότητας γύρω από την επιβίωση και το θάνατο μπορούν επίσης να έχουν αρνητικές συνέπειες, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κακή πρόγνωση. Το άγχος γύρω από τη διάγνωση του καρκίνου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε διαταραχές του ύπνου, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Το στίγμα που περιβάλλει τόσο τις ψυχικές ασθένειες όσο και ορισμένους τύπους καρκίνου, μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα ενοχής και ντροπής, που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

Πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του είναι πιθανό να επηρεάσουν την ανάπτυξη της κατάθλιψης και του άγχους, συμπεριλαμβανομένου του τύπου του καρκίνου, του σταδίου και της πρόγνωσης. Οι θεραπείες του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοθεραπείας και της χημειοθεραπείας, μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη μέσω συγκεκριμένων βιολογικών μηχανισμών, και μερικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ναυτίας που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία, μπορούν να μειώσουν την πρόσληψη ντοπαμίνης, η οποία εμπλέκεται στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Μελέτες καταδεικνύουν ότι η εμφάνιση κατάθλιψης τείνει να είναι υψηλότερη κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης και μειώνεται μετά τη θεραπεία, αλλά και πάλι αυτό πιθανόν να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και την πρόγνωση. Χρησιμοποιώντας διαγνωστικές συνεντεύξεις, ο επιπολασμός της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της θεραπείας βρέθηκε να είναι 14%, 9% στον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση και 8% ετησίως ή περισσότερο μετά από τη θεραπεία. Από τις 238 κατηγορίες που συμπεριλήφθηκαν, περίπου το 30% περιελάμβανε μόνο ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Η κατάθλιψη είναι πιο πιθανή μεταξύ

των νεότερων και των πιο κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων. Επιπλέον, το 73% των ασθενών με κατάθλιψη δεν έλαβαν θεραπεία για την ψυχική τους υγεία.

Η μακροπρόθεσμη ψυχολογική επίδραση του καρκίνου έχει λάβει σχετικά μικρή έρευνα. Οι λίγες μελέτες στον τομέα αυτό επικεντρώθηκαν κυρίως στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και αποδεικνύουν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να επιμείνουν για πάνω από 5 χρόνια μετά τη διάγνωση, αν και ο επιπολασμός του άγχους δεν ήταν αυξημένος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Μια συστηματική ανασκόπηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και του άγχους στους μακροχρόνιους επιζώντες του καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων όλων των τύπων, διαπίστωσε ότι το άγχος ήταν πιο διαδεδομένο στους επιζήσαντες του καρκίνου, σε σύγκριση με τα υγιή άτομα. Λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί ειδικά στους νεότερους επιζώντες του καρκίνου και χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτό. Μια αντιπροσωπευτική μελέτη των επιζώντων νεαρών ενηλίκων για καρκίνο ηλικίας 15 έως 39 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι η μέτρια (23% έναντι 17%) και σοβαρή (8% έναντι 3%) ψυχική δυσφορία ήταν σημαντικά υψηλότερη σε όσους ζούσαν με καρκίνο για τουλάχιστον 5 χρόνια μετά τη διάγνωση, σε σύγκριση με τους μη ασθενείς. Το 75 και το 52% των ατόμων με καρκίνο με μέτρια και σοβαρή δυσφορία, αντίστοιχα, δεν είχαν μιλήσει με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, με το κόστος της θεραπείας ένα πιθανό εμπόδιο. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός των συνυπάρχουσων κοινών ψυχικών διαταραχών είναι πιθανό να διαφέρει ανάλογα με τη χώρα που μελετήθηκε, λόγω παραγόντων όπως το σύστημα υγείας και πρόνοιας. 35, 56

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου μπορεί να μην είναι πάντα αρνητικές και πολλοί άνθρωποι δεν θα αντιμετωπίσουν προβλήματα με την κατάθλιψη και το άγχος. Η εμπειρία της παροδικής δυσφορίας που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιες θετικές ψυχολογικές αλλαγές, όπου τα άτομα αισθάνονται μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής και είναι σε θέση να επαναξιολογήσουν τις προτεραιότητές τους. Οι παράγοντες που προστατεύουν από την ανάπτυξη κοινών ψυχικών διαταραχών και συμβάλλουν στη θετική ψυχική υγεία μεταξύ των ανθρώπων που ζουν με και πέρα από τον καρκίνο αξίζει περαιτέρω έρευνα.

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των ατόμων με καρκίνο, πρέπει πρώτα να εντοπιστούν τα συμπτώματα. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί διάφορα κοινωνικά και κλινικά εμπόδια. Ένα βασικό ζήτημα είναι η έλλειψη αρκετού χρόνου μεταξύ ιατρού και ασθενή για την εκτίμηση των συμπτωμάτων. Μπορεί επίσης η δυσφορία να θεωρηθεί φυσιολογική. Πολλές φορές οι ασθενείς δεν μπορούν να αποκαλύψουν ψυχιατρικά συμπτώματα εξαιτίας του στίγματος που περιβάλλει τις συνθήκες ψυχικής υγείας. Εκτός αυτού, οι πάσχοντες ενδέχεται να είναι πιο απρόθυμοι να συζητήσουν τις ανάγκες τους για ψυχική υγεία εάν αντιληφθούν την έλλειψη αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών. Τα υπάρχοντα στοιχεία για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι περιορισμένα και αμφισβητήσιμης ποιότητας.

Η αυτοδιαχείριση της ψυχολογικής δυσφορίας μεταξύ των ανθρώπων με καρκίνο μπορεί να είναι επωφελής και θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη της δυσφορίας να γίνει κλινική κατάθλιψη ή άγχος. Η αυτοδιαχείριση μπορεί να οριστεί ως εξής: "Η ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τα συμπτώματα, τη θεραπεία, τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που ενυπάρχουν στη ζωή με μια χρόνια πάθηση. Η αποτελεσματική αυτοδιαχείριση συμπεριλαμβάνει την ικανότητα παρακολούθησης της κατάστασης ενός ατόμου και επηρεάζει τις γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ικανοποιητικής ποιότητας ζωής. Έτσι, δημιουργείται μια δυναμική και συνεχής διαδικασία αυτορύθμισης. Οι μελέτες για την αυτοδιαχείριση, τον καρκίνο και την ψυχολογική δυσφορία έχουν επικεντρωθεί στη φάση της θεραπείας, με λιγότερες επεμβατικές έρευνες μετά τη θεραπεία ή στο τέλος της ζωής. Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αυτοδιαχείριση της ψυχολογικής δυσφορίας στον καρκίνο μπορεί να συμβάλει στην ενδυνάμωση των ασθενών και των οικογενειών να φροντίζουν τον εαυτό τους με τρόπο που είναι προτιμότερο για αυτούς. Οι παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης που έχουν δείξει υπόσχεση περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την παρακολούθηση, τη διδασκαλία και την παροχή συμβουλών για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαχειριστούν τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου.

Μερικοί ασθενείς μπορεί να μην θέλουν ή να μην χρήζουν υποστήριξη και θεραπεία, άλλοι μπορεί να είναι σε θέση να το διαχειριστούν μόνοι τους, και μερικοί ενδέχεται να έχουν πιο

σύνθετες ανάγκες που απαιτούν πιο εντατική παρακολούθηση και υποστήριξη. Κατά τη διάγνωση, η ψυχική υγεία των ασθενών θα πρέπει να εξετάζεται παράλληλα με τη σωματική τους υγεία και τις πηγές υποστήριξης που τους παρέχονται. Οι ανάγκες και τα συμπτώματα μπορεί επίσης να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου.^{35, 36, 56}

3.2.2. Αίσθημα ενοχής

Πολλοί άνθρωποι που ζουν με καρκίνο έχουν αισθήματα ενοχής. Η ενοχή είναι ένα αίσθημα ευθύνης και λύπης που είναι συνήθως δύσκολο για τον ασθενή να δεχτεί και να εκφράσει. Η ενοχή συχνά οδηγεί τους ανθρώπους να επαναλάβουν τα σενάρια "τι θα γινόταν αν" στο μυαλό τους για να καταλάβουν τι θα μπορούσαν να κάνουν διαφορετικά. Τα άτομα με καρκίνο μπορεί να αισθάνονται ενοχές σε διάφορες χρονικές στιγμές για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, μπορεί ο ασθενής να αισθανθεί ένοχος επειδή θα μπορούσε να έχει παρατηρήσει τα συμπτώματα νωρίτερα ή να πάει νωρίτερα στον γιατρό ή ανησυχεί ότι είναι βάρος για την οικογένεια ή τους φροντιστές του. Υπάρχει επίσης η περίπτωση η θεραπεία που έλαβε να μην είχε τα αποτελέσματα που ήλπιζε. Άλλα στοιχεία που μπορεί να δημιουργήσουν ενοχή είναι το οικονομικό κόστος του καρκίνου ή το πιθανό γεγονός η νόσος να επιβάλλει στον ασθενή να απουσιάσει από την εργασία του για θεραπεία. Η σκέψη πως ο ίδιος επέζησε από τον καρκίνο ενώ άλλοι δεν το έκαναν ονομάζεται "ενοχή των επιζώντων". Είναι επίσης συχνό ο ασθενής να κατηγορεί τον εαυτό του ή να αισθάνεται ντροπιασμένος από τις επιλογές και συνήθειες του τρόπου ζωής του, οι οποίες μπορεί να έχουν αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Η οικογένεια, οι φίλοι και οι φροντιστές των ανθρώπων με καρκίνο μπορεί επίσης να αισθανθούν ενοχές γιατί είναι υγιείς ενώ εκείνος που αγαπούν νοσεί ή επειδή δεν μπορούν να βοηθήσουν περισσότερο ή δεν μπορούν να κάνουν το άτομο με καρκίνο υγιέστερο.

Ενώ ήταν κάποτε μια διάγνωση από μόνη της, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θεωρούν τώρα την ενοχή του επιζώντος ως ένα σημαντικό σύμπτωμα του συνδρόμου μετατραυματικού στρες. Τα άτομα με ενοχές των επιζώντων μπορούν συχνά να βιώσουν και άλλα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, όπως αναδρομές του τραυματικού γεγονότος, ιδεοληπτικές σκέψεις για το συμβάν, ευερεθιστότητα και θυμό, αισθήματα αδυναμίας και αποσύνδεσης, φόβο και

σύγχυση, έλλειψη κινήτρου, προβλήματα ύπνου, πονοκεφάλους, ναυτία ή στομαχικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, ακόμη και σκέψεις αυτοκτονίας

Η ενοχή του επιζώντος συμβαίνει σε άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός. Ωστόσο, όλοι όσοι επιζούν ενός τέτοιου γεγονότος δεν αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ενός ατόμου να βιώνει ενοχές μετά την επιβίωση ενός τραυματικού γεγονότος περιλαμβάνουν κάποιο ιστορικό τραύματος, όπως παιδική κακοποίηση, άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος ή κατάθλιψη, οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών νοσημάτων, έλλειψη υποστήριξης από φίλους και την οικογένεια, το αλκοόλ ή τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Η έρευνα δείχνει ότι πολλοί άνθρωποι με ενοχές επιζώντων και άλλα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, αναρρώνουν χωρίς θεραπεία εντός του πρώτου έτους μετά το συμβάν. Ωστόσο, τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων θα συνεχίσει να έχει συμπτώματα μετατραυματικού στρες για 3 ή περισσότερα χρόνια. Οι άνθρωποι που συνεχίζουν να αισθάνονται έντονη ενοχή και άλλα συμπτώματα μετατραυματικού στρες πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο να λάβουν επαγγελματική βοήθεια, όπως να μιλήσουν με έναν γιατρό ή έναν ψυχοθεραπευτή που ειδικεύεται στο τραύμα. Η ψυχοθεραπεία είναι η κύρια θεραπεία, αλλά μερικοί άνθρωποι μπορεί επίσης να χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει να ξαναβρούν τον έλεγχο της ζωής τους και να βιώσουν την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Οι επιζώντες που έχουν σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία ή έχουν επιχειρήσει αυτοκτονία πρέπει να αναζητούν άμεση ιατρική φροντίδα.^{57, 37}

3.2.3. Σεξουαλικότητα

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικές, αλλά και κοινωνικές και ψυχολογικές ανησυχίες λόγω της σημασίας του μαστού στην εικόνα του σώματος της γυναίκας, της σεξουαλικότητας και της μητρότητας. Η εικόνα του σώματος είναι μια φράση που χρησιμοποιείται για να περιγράψει πώς αισθάνεται κάποιος για το σώμα του. Περιλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική εμφάνιση αλλά και τα ψυχολογικά συναισθήματα που έχει κανείς για

την «πληρότητα του μαστού» και μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Η μαστεκτομή ως επιλογή θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε αίσθηση ακρωτηριασμού και μειωμένη αυτοπεποίθηση και απώλεια της αίσθησης της θηλυκότητας και της σεξουαλικής ελκυστικότητας. Η απώλεια μαστού ή η κακή εμφάνιση του μαστού θα ήταν πιο δυσάρεστη για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Δεδομένα από μελέτες σε επιζώντες από καρκίνο του μαστού δείχνουν ότι τα σεξουαλικά προβλήματα συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα και συχνά δεν επιλύονται με την πάροδο του χρόνου, ακόμα και μεταξύ γυναικών που δεν υποβάλλονται σε μαστεκτομή ή που έχουν μεταγενέστερη αναδόμηση του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού δεν οδηγεί μόνο σε ουλές μαστεκτομής. Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ερυθρότητα και πόνο στην πληγείσα περιοχή και η χημειοθεραπεία προκαλεί συχνά τριχόπτωση και αλλαγές βάρους.

Σημαντικά παρόμοια προβλήματα ψυχωσικής και σωματικής εικόνας παρατηρούνται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού είτε με μαστεκτομή είτε με θεραπεία συντήρησης μαστού. Ωστόσο, υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση ότι τα σεξουαλικά προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται κατάλληλα από τους παροχούς υγείας. Αυτά τα προβλήματα εμφανίζονται νωρίς στην πορεία της νόσου και ως εκ τούτου η ανίχνευση και η θεραπεία τους πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την αρχική αξιολόγηση των ασθενών και στις πρώτες φάσεις της θεραπείας.³⁸

Η επίτευξη υγιούς σεξουαλικής λειτουργίας περιλαμβάνει τόσο ψυχολογικούς όσο και σωματικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον κύκλο της σεξουαλικής αντίδρασης (π.χ. επιθυμία, διέγερση, οργασμός). Ο καρκίνος και οι θεραπείες του επηρεάζουν συγκεκριμένες πτυχές της σεξουαλικής λειτουργίας. Η ανασκόπηση των ερευνών για τον καρκίνο του μαστού και τη σεξουαλικότητα από το 1998 έως το 2010, έχει τεκμηριώσει μια σειρά αλλαγών στη σεξουαλικότητα της γυναίκας μετά από καρκίνο του μαστού.

Η εμπειρία των γυναικών σχετικά με τις αλλαγές στη σεξουαλικότητα περιλαμβάνει το φόβο της απώλειας της γονιμότητας, της αρνητικής εικόνας του σώματος, των συναισθημάτων της σεξουαλικής έλλειψης ενδιαφέροντος, της απώλειας της θηλυκότητας, καθώς και των αλλαγών

στην αίσθηση του σεξουαλικού εαυτού. Η επίδραση τέτοιων αλλαγών μπορεί να διαρκέσει πολλά χρόνια μετά την επιτυχή θεραπεία και μπορεί να συνδεθεί με σοβαρές φυσικές και συναισθηματικές παρενέργειες. Η σεξουαλική λειτουργία μπορεί να επηρεαστεί από ασθένεια, πόνο, άγχος, θυμό, αγχωτικές καταστάσεις και φάρμακα. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει υψηλό επιπολασμό ψυχιατρικών προβλημάτων σε ασθενείς με καρκίνο. Η δυσφορία, η κατάθλιψη, το άγχος και άλλες ψυχιατρικές νόσοι είναι κοινές σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Επιπλέον, η σεξουαλική δυσλειτουργία θεωρείται σημαντικά υποτιμημένη ανεπιθύμητη ενέργεια ορισμένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της διαταραχής οφείλεται πιθανώς στην αδυναμία των ασθενών να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά τις πιέσεις που σχετίζονται με τη νόσο και τη θεραπεία και τη σκέψη της απώλειας της υγείας, του ρόλου και της ζωής τους. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντικαταθλιπτικών θεραπειών αναφέρονται όλο και πιο συχνά και αποτελούν έναν από τους κύριους λόγους διακοπής της θεραπείας. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται σε ποσοστό 20% έως 40% των περιπτώσεων. Πολλές παρενέργειες που σχετίζονται με τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά περιλαμβάνουν την αδυναμία στύσης, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τη μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή της λειτουργίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη Serrette και Chiesa, η εισαγωγή ψυχιατρικών φαρμάκων όπως οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) έχει οδηγήσει σε αυξανόμενη προσοχή σε παρενέργειες όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία, αν και δεν σχετίζεται με τους κινδύνους θνησιμότητας, θα μπορούσε να υπονομεύσει τη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά σχήματα και να μειώσει την ποιότητα ζωής. Υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρικών φαρμάκων επηρεάζει μία ή περισσότερες από τις τρεις φάσεις της φυσιολογικής σεξουαλικής απόκρισης: επιθυμία, διέγερση και οργασμό.

Τα σεξουαλικά προβλήματα είναι μια ευρέως διαδεδομένη ανησυχία μεταξύ των ασθενών και των επιζώντων και πολλοί ασθενείς δεν λαμβάνουν τις πληροφορίες που χρειάζονται από τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στη σεξουαλική λειτουργία μεταξύ όσων

ασθενών ζητούν και όσων δεν ζητούν συμβουλές για τυχόν σεξουαλικά προβλήματα. Η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών έχει αγνοηθεί σε μεγάλο βαθμό στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Παρά την επικράτηση και την τεκμηριωμένη εμμονή των προβλημάτων της σεξουαλικότητας μεταξύ μεγάλου αριθμού επιζώντων καρκίνου του μαστού, έχουν αναπτυχθεί λίγες παρεμβάσεις για την ειδική αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων. Η σεξουαλική αξιολόγηση και η παροχή συμβουλών δεν παρέχονται συνήθως στο πλαίσιο της ογκολογίας. Επιπλέον, οι ασθενείς με καρκίνο χρειάζονται ανοικτή επικοινωνία για το θέμα της σεξουαλικότητας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μάθουν να διερευνούν και να θεραπεύουν τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζουν τις σεξουαλικές παρενέργειες πολλών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται.^{38,39}

3.2.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του

Ο νοσηλευτής, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση. Σύμφωνα με την νομοθεσία η ενημέρωση είναι μέρος της νοσηλευτικής δεοντολογίας. Πρώτα ο ιατρός και έπειτα ο νοσηλευτής έχουν την ευθύνη να ενημερώσουν τον ασθενή. Στην Ελλάδα είναι συνηθισμένο ο ιατρός να αναλαμβάνει αποκλειστικά την ενημέρωση, γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, όπως στο ότι ίσως το νοσηλευτικό προσωπικό να αισθάνεται ανεπαρκές, να είναι ήδη υπερφορτωμένο με λοιπές ευθύνες, ή ακόμη και να επιθυμεί σκόπιμα να διαφύγει από την δύσκολη θέση της συζήτησης ενός τόσο λεπτού θέματος.

Επίσης συχνό φαινόμενο που παρουσιάζεται στην χώρα μας είναι η επιθυμία και εντολή των συγγενών του ασθενούς με καρκίνο να αποκρύπτονται στοιχεία από τον ασθενή, με αποτέλεσμα να μένει στο σκοτάδι. Το εάν μια τέτοια πράξη είναι ηθικά ορθή αποτελεί έναν μόνιμο προβληματισμό του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2002, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 75,7% των επαγγελματιών υγείας πίστευε πως μόνο λίγοι ασθενείς θα έπρεπε να γνωρίζουν την αλήθεια σχετικά με τη διάγνωση τους. Εντύπωση προκαλεί πως σε αντίστοιχη έρευνα του 2013, το 97% των νοσηλευτών που συμμετείχαν δήλωσαν πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα να γνωρίζει

την αλήθεια σχετικά με τη νόσο του. Μονάχα το 33% των ίδιων νοσηλευτών δήλωσε πως θα αποκάλυπταν οι ίδιοι την αλήθεια σε έναν ασθενή ο οποίος θα ρωτούσε ευθέως αν πάσχει από καρκίνο. Στην ίδια έρευνα, το 48% των νοσηλευτών, γνωρίζοντας την έλλειψη της γνώσης ψυχολογικής υποστήριξης στην εκπαίδευση τους, δήλωσαν πως ο ιατρός κατά την ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να συνοδεύεται από ψυχολόγο. Μόνο το 24% των ιατρών που ερωτήθηκαν την ίδια ερώτηση συμφώνησαν πως χρειάζεται να παρευρίσκεται και ψυχολόγος κατά την αποκάλυψη του διαγνωστικού αποτελέσματος.⁴⁶

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καίριο ρόλο όσον αφορά την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο. Για αυτόν το λόγο δε πρέπει να παραβλέπεται η αναγκαιότητα συνεχούς εκπαίδευσης, ενημέρωσης και διεκπεραίωσης νοσηλευτικών ερευνών. Έτσι καθίσταται έγκυρη, αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα.

Σε χώρες του εξωτερικού, όπως στις Η.Π.Α και Ένωμένο Βασίλειο, είναι διαδεδομένη η τηλεφωνική υποστήριξη από νοσηλευτές εξειδικευμένους στην ογκολογία. Η υποστήριξη αυτή οργανώνεται τόσο από νοσοκομεία όσο και από άλλες υποδομές. Οι νοσηλευτές συνομιλούν με ασθενείς αλλά και με απλούς πολίτες, οι οποίοι μπορεί να έχουν απορίες για πιθανά συμπτώματα ή μπορεί να ανήσυχουν για το αποτέλεσμα της εξέτασής τους και να μην γνωρίζουν πως να το ερμηνεύσουν. Ο ρόλος των νοσηλευτών στις συγκεκριμένες τηλεφωνικές γραμμές είναι να καθοδηγήσουν, να συμπαρασταθούν και να ενημερώσουν όσους καλούν.^{40,}

41

3.2.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

Οι νοσηλευτές καλούνται να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς με καρκίνο. Κάποιες από τις δεξιότητες που αφορούν τη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς περιγράφονται στη συγκεκριμένη ενότητα.

Η επικοινωνία αποτελεί ουσιαστικό μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη φροντίδα και να βοηθήσει στη μείωση του άγχους των ασθενών και της οικογένειάς τους. Είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς μια πιο

αγχωτική εμπειρία από τη διάγνωση του καρκίνου. Η καλή επικοινωνία από τη στιγμή της διάγνωσης και μετά είναι ύψιστης σημασίας. Ωστόσο, η ικανότητα των νοσηλευτών να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς με καρκίνο δεν είναι δεδομένη. Πράγματι, πολλοί νοσηλευτές που απευθύνονται σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο χρησιμοποιούν στρατηγικές επικοινωνίας (όπως ερωτήσεις κλειστού τύπου) που εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Εκπαίδευσης (National Institute for Clinical Excellence), από το 2002 προωθείται στην Αγγλία η εκπαίδευση στην επικοινωνία σε όλα τα δίκτυα που αφορούν τον καρκίνο. Αυτό συμβαίνει προκειμένου να γίνει δυνατή η παροχή μίας πιο ορθής επικοινωνίας και υποστήριξης. Δεν πρέπει να παραβλέπεται πως ένα μεγάλο μέρος της επικοινωνίας που πραγματοποιείται μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι μη λεκτική. Είναι επομένως απαραίτητο οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τη γλώσσα του σώματός των ασθενών και ποια μηνύματα στέλνουν οι ίδιοι σιωπηρά στους ασθενείς, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούν μη λεκτική επικοινωνία με θεραπευτικό τρόπο για να προωθήσουν τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς.³⁸

Κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση των ασθενών, οι νοσηλευτές πρέπει να προσπαθούν να διατηρούν τη συζήτηση επικεντρωμένη στα συναισθήματα του ασθενούς και κατέχουν δεξιότητες που προτρέπουν τον ασθενή να αποκαλύψει τις σκέψεις του, όπως οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και η χρήση και ενθάρρυνση της έκφρασης των συμπτωμάτων. Ωστόσο, τέτοιες αξιολογήσεις απαιτούν χρόνο και ιδιωτικότητα και, για το λόγο αυτό, μπορεί να μην είναι εφικτές, για παράδειγμα, σε έναν πολυάσχολο χειρουργικό θάλαμο.

Είναι επίσης σημαντικό για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αντιλαμβάνονται πως κατά τη στιγμή της διάγνωσης ένας ασθενής που βρίσκεται σε κατάσταση σοκ είναι απίθανο να μπορέσει να απορροφήσει όλες τις πληροφορίες που του παρέχονται. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται ακόμη και μέρες μέχρι να αντιληφθούν τις συγκεκριμένες πληροφορίες. Έτσι, χρειάζεται επανάληψη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες από το National Institute for Clinical Excellence το 2002, δηλώνουν πως σε κάθε στάδιο, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν σαφή, αντικειμενική, πλήρη και έγκαιρη πληροφόρηση, τόσο σε προφορική όσο και σε γραπτή μορφή. Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια, τις διαγνωστικές διαδικασίες, τις θεραπευτικές επιλογές και την αποτελεσματικότητα αυτών. Οι

πληροφορίες που παρέχονται και η χρονική διάρκεια τους πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις κάθε ασθενή.

Η βιβλιογραφία αφθονεί με υποθέσεις σχετικά με το πώς αντιδρούν οι γυναίκες στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Θα ήταν επικίνδυνο να υποθέσει κανείς πως όλες οι γυναίκες θα αντιδράσουν με τον ίδιο τρόπο. Για παράδειγμα, κάποιες μπορεί να στεναχωρηθούν στη σκέψη πως ίσως χάσουν το στήθος τους, άλλες όμως μπορεί να νιώσουν ανακούφιση, στρέφοντας το άγχος τους στην πιθανή έκβαση του καρκίνου. Άλλες ασθενείς μπορεί να επικεντρωθούν σε αυτό που ορισμένοι θεωρούν ως πιο ασήμαντα προβλήματα. Είναι επομένως πολύ σημαντικό οι νοσηλεύτες να μην κάνουν υποθέσεις σχετικά με τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι είναι πιθανό να μην επιθυμούν όλοι οι ασθενείς να μοιραστούν τα βαθύτερα συναισθήματά τους όταν διαγνωστούν, καθώς είναι πιθανό να μην έχει αναπτυχθεί ακόμα σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των ίδιων και του προσωπικού υγείας.

Είναι σημαντικό οι νοσηλεύτες να γνωρίζουν άλλους πόρους που είναι διαθέσιμοι τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο για την υποστήριξη ασθενών με καρκίνο του μαστού. Πολλοί ασθενείς ωφελούνται από την υποστήριξη άλλων που έχουν περάσει από την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και για αυτόν το λόγο υπάρχουν πολλές ομάδες υποστήριξης. Φυσικά, ορισμένοι ασθενείς προτιμούν να μην συμμετέχουν σε τέτοιες ομάδες. Ωστόσο, όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για το τι είναι διαθέσιμο και πώς μπορούν να συμμετάσχουν εάν το επιθυμούν.^{40, 41}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

4.1. Επαναληπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση πιθανής επανεμφάνισης του καρκίνου

Για μερικές γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο του μαστού, ο καρκίνος δεν μπορεί ποτέ να υποχωρήσει πλήρως. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να συνεχίσουν να λαμβάνουν θεραπεία (όπως η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία ή άλλες θεραπείες που βοηθούν να διατηρηθεί ο καρκίνος του μαστού υπό έλεγχο και να βοηθήσουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων από αυτόν). Το να μάθει η ασθενής να ζει με καρκίνο του μαστού που δεν θεραπεύεται έχει το δικό του είδος αβεβαιότητας.

Ακόμη και αν έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου του μαστού, οι θεράποντες ιατροί θα θελήσουν να παρακολουθήσουν στενά την ασθενή. Είναι σημαντικό να γίνονται τακτικές επισκέψεις από τους ασθενείς. Κατά τη διάρκεια αυτών των επισκέψεων, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ρωτήσει το πως αισθάνεται ο ασθενής, αν αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα και φυσικά να επανεξετάσει τον ασθενή. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι εξετάσεις απεικόνισης δεν χρειάζονται τυπικά μετά τη θεραπεία για τους περισσότερους καρκίνους του μαστού πρώιμης φάσης, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθούν σε ορισμένες περιπτώσεις.¹¹

Κατά την διάρκεια των επισκέψεων στον ιατρό η ασθενής μπορεί να κάνει ερωτήσεις και να μιλήσει για οποιεσδήποτε αλλαγές ή προβλήματα που παρατηρεί ή ανησυχίες που έχει. Ωστόσο, αν η ασθενής έχει πρόσθετες ανησυχίες για τον καρκίνο επιβάλλεται να καλέσει αμέσως τον θεράποντα ιατρό και να αναζητήσει μια εσπευσμένη επίσκεψη.

Το πρόγραμμα παρακολούθησης μπορεί να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του τύπου του καρκίνου του μαστού, του βαθμού στον οποίο βρισκόταν όταν διαγνώστηκε και του τρόπου θεραπείας. Μετά το τέλος της θεραπείας, οι επόμενες επισκέψεις στον ιατρό πραγματοποιούνται κάθε λίγους μήνες. Μετά από 5 χρόνια, συνήθως πραγματοποιούνται περίπου μία φορά το χρόνο.

Σε περίπτωση που είχε προηγηθεί επέμβαση, γίνεται μια μαστογραφία κάθε 6-12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και την ολοκλήρωση της ακτινοβολίας και στη συνέχεια τουλάχιστον κάθε χρόνο μετά από αυτό. Οι γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή (αφαίρεση ολόκληρου του μαστού) συνήθως δεν χρειάζονται πλέον μαστογραφίες στην πλευρά αυτή. Αλλά αν δεν έχουν αφαιρεθεί και τα δύο στήθη, θα πρέπει να γίνονται ετήσιες μαστογραφίες στο υπόλοιπο στήθος.

42

Εάν η ασθενής λαμβάνει κάποιο από τα ορμονικά φάρμακα ταμοξιφαίνη ή τορεμιφένη και δεν έχει γίνει αφαίρεση μήτρας, θα πρέπει να κάνει πυελικές εξετάσεις κάθε χρόνο, καθώς αυτά τα φάρμακα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου της μήτρας. Αυτός ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν περάσει από την εμμηνόπαυση. Σε περίπτωση λήψης αναστολέα αρωματάσης ή εάν η ασθενής εισήλθε στην εμμηνόπαυση ως αποτέλεσμα της θεραπείας, απαιτείται εξέταση πυκνότητας των οστών.

Άλλες δοκιμές όπως οι εξετάσεις αίματος και οι εξετάσεις απεικόνισης (όπως οι ανωμαλίες των οστών και οι ακτίνες Χ του θώρακα) δεν είναι ένα τυπικό μέρος της παρακολούθησης, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθούν αν υπάρχουν συμπτώματα ή φυσικά ευρήματα εξέτασης που υποδηλώνουν ότι ο καρκίνος μπορεί να έχει επανέλθει.

Μετά τη θεραπεία, σε περίπτωση που η ασθενής απευθυνθεί σε έναν νέο θεράποντα ιατρό που δεν γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό, είναι σημαντικό να φυλάσσονται αντίγραφα των ιατρικών αρχείων ώστε να δοθούν στον νέο ιατρό οι λεπτομέρειες της διάγνωσης και της θεραπείας που ακολούθησε ο ασθενής.

Εάν ο καρκίνος επανεμφανιστεί, οι επιλογές θεραπείας θα εξαρτηθούν από το σημείο της επανεμφάνισης, τις θεραπείες που είχαν ακολουθηθεί και την τρέχουσα κατάσταση της υγείας και τις προτιμήσεις της ασθενούς.²²

4.2. Αποκατάσταση μαστού

Η αποκατάσταση του μαστού πραγματοποιείται με μια χειρουργική επέμβαση για τη δημιουργία νέου μαστού μετά την αφαίρεση ολόκληρου ή μέρους του μαστού. Στόχος είναι ένα στήθος παρόμοιας μορφής και μεγέθους με το πρωτότυπο.

Οι κύριοι τρόποι δημιουργίας ενός νέου μαστού περιλαμβάνουν την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού και του δέρματος και τη χρήση ενός εμφυτεύματος κάτω από το υπολειπόμενο δέρμα, την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού αφήνοντας μέρος δέρματος και χρησιμοποιώντας εμφύτευμα και την χρήση ιστού από άλλο μέρος του σώματός. Μετά τη χειρουργική επέμβαση η ασθενής έχει την επιλογή για επέμβαση δημιουργίας νέας θηλής, και αλλαγής σχήματος του άλλου μαστού ώστε να είναι παρόμοιοι.

Η αποκατάσταση του μαστού μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε ταυτόχρονα με την χειρουργική επέμβαση του καρκίνου (άμεση αποκατάσταση), είτε μετά από την χειρουργική επέμβαση του καρκίνου (καθυστερημένη αποκατάσταση). Στην άμεση αποκατάσταση, το στήθος θα είναι διαφορετικό από εκείνο που αφαιρέθηκε, όμως μερικές γυναίκες θεωρούν πως η άμεση αποκατάσταση τις βοηθά να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα τα συναισθήματά τους για την απώλεια μαστού.

Μία ασθενής θα αναρρώσει πιο γρήγορα αν διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον 6 εβδομάδες πριν την επέμβαση και μέχρι την επούλωση. Το κάπνισμα είναι δυνατό να μειώσει την παροχή αίματος στον ιστό. Επίσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο λοίμωξης. Εάν ο ιστός για την αποκατάσταση λαμβάνεται από την κοιλία, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο κήλης. Επίσης, σημαντικό είναι να μην υπάρχουν αυξομοιώσεις βάρους και η ασθενής να ασκείται (πριν την έναρξη οποιασδήποτε άσκησης η ασθενείς πρέπει να συμβουλευτεί τον ιατρό της).

Η επέμβαση για την αποκατάσταση του στήθους είναι μία διαδικασία που μπορεί να προκαλέσει πολλές ανησυχίες στην ασθενή. Οι πιο κοινές ανησυχίες για εκείνη θα μπορούσαν να είναι οι πιθανές επιπλοκές, το πως θα βρει τον κατάλληλο χειρουργό, πως θα φαίνεται το στήθος της μετά την επέμβαση, τι άποψη μπορεί να έχει ο σύντροφός της ή ακόμη και το πως η επέμβαση θα μπορούσε να την επηρεάσει στο σεξ και στις προσωπικές της σχέσεις. Οι παραπάνω ανησυχίες είναι αναμενόμενες και πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν του νοσηλευτή και του ιατρού, οι οποίοι οφείλουν να συμβουλευθούν και να ενημερώσουν την ασθενή για

όσα αφορούν την επέμβαση. Σε ανησυχίες που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν γνωρίζει πως να διαχειριστεί, η επίσκεψη σε κάποιον σύμβουλο είναι ιδανική. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και η βοήθεια από ένα κοντινό πρόσωπο μπορεί να ενθαρρύνει την ασθενή.^{44, 45}

4.3. Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού

Οι περισσότερες γυναίκες είναι σε θέση να εγκυμονήσουν μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού, ωστόσο μερικές θεραπείες μπορεί να δυσκολέψουν την εγκυμοσύνη. Αν η ασθενής επιθυμεί ή σκέφτεται στο μέλλον να αποκτήσει παιδιά, ο καλύτερος στιγμή για να το αναφέρει είναι πριν ξεκινήσει τη θεραπεία.

Ορισμένες θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να επηρεάσουν τη γονιμότητα μιας γυναίκας, όπως η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στις ωοθήκες, κάτι που μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει υπογονιμότητα. Επικρατεί η ανησυχία πως τα υψηλά επίπεδα ορμονών που προκύπτουν από την εγκυμοσύνη μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα επανεμφάνισης του καρκίνου, ωστόσο μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό δεν ισχύει. Δεν υπάρχει επίσης καμία απόδειξη ότι ο θηλασμός μετά από θεραπεία καρκίνου του μαστού αυξάνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης. Αντί αυτού, μερικές έρευνες δείχνουν ότι το ιστορικό θηλασμού μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο να επιστρέψει ο καρκίνος.

Κάποιοι ιατροί συμβουλεύουν τους επιζώντες του καρκίνου του μαστού να περιμένουν τουλάχιστον 2 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας πριν προσπαθήσουν να τεκνοποιήσουν. Το καλύτερο χρονικό διάστημα αναμονής δεν είναι σαφές, αλλά 2 χρόνια πιστεύεται ότι είναι αρκετός χρόνος για να διαγνωσθεί έγκαιρα η πιθανή επανεμφάνιση του καρκίνου, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της ασθενούς να κυφορήσει. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι συμβουλές σχετικά με την αναμονή 2 ετών δεν βασίζονται σε δεδομένα από κλινικές δοκιμές, καθώς μερικοί καρκίνοι του μαστού μπορούν να επανέλθουν μετά τα 2 έτη, έτσι κάθε περίπτωση είναι διαφορετική. Η απόφασή της ασθενούς θα πρέπει να βασίζεται σε πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η επιθυμία για περισσότερες εγκυμοσύνες, ο τύπος καρκίνου του μαστού και ο κίνδυνος επανεμφάνισης του καρκίνου.

Εάν η θεραπεία ήταν χειρουργική επέμβαση μαστού ή/και ακτινοθεραπεία, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα στο θηλασμό από τον συγκεκριμένο μαστό. Μελέτες έχουν δείξει μειωμένη παραγωγή γάλακτος καθώς και αλλαγές που μπορούν να κάνουν τον θηλασμό επώδυνο, ωστόσο πολλές γυναίκες είναι σε θέση να θηλάσουν. Εάν συνεχίζεται η λήψη φαρμάκων για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (όπως η ορμονοθεραπεία), είναι πολύ σημαντικό η ασθενής να μιλήσει με τον ιατρό της περί θηλασμού. Ορισμένα φάρμακα μπορούν να εισέλθουν στο μητρικό γάλα και να επηρεάσουν το μωρό.⁵⁸

4.4. Ορμονοθεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης μετά τον καρκίνο του μαστού

Η λήψη μετεμμηνόπαυσιακής ορμονικής θεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης μπορεί να μην είναι ασφαλής για τις γυναίκες που είχαν νοσήσει από καρκίνο του μαστού. Αν η ασθενής αισθανθεί ενόχληση με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, οφείλει να μιλήσει στον θεράποντα ιατρό της σχετικά με άλλους τρόπους για να λάβει βοήθεια.

Πολλές γυναίκες αντιμετωπίζουν συμπτώματα εμμηνόπαυσης μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού, όπως εξάψεις. Αυτά τα συμπτώματα είναι δυνατόν να προκύψουν είτε καθώς η ασθενής μεγαλώνει ηλικιακά, είτε λόγω της θεραπείας (χημειοθεραπεία και φάρμακα ορμονοθεραπείας).

Κάποιες γυναίκες που φθάνουν στην εμμηνόπαυση επιλέγουν να λαμβάνουν ορμονοθεραπεία, η οποία αποτελείται από οιστρογόνο, μερικές φορές μαζί με προγεστερόνη, για τη μείωση των συμπτωμάτων. Μια κλινική δοκιμή (η μελέτη HABITS) διαπίστωσε ότι οι επιζώντες του καρκίνου του μαστού που λαμβάνουν ορμονοθεραπεία μετά την εμμηνόπαυση ήταν πολύ πιθανότερο να αναπτύξουν ένα νέο ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του μαστού (καρκίνος που επανέρχεται μετά τη θεραπεία) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έλαβαν τα φάρμακα. Λόγω αυτού, οι γιατροί γενικά δεν συνιστούν την συγκεκριμένη ορμονοθεραπεία εάν μια γυναίκα είχε προηγουμένως ακολουθήσει θεραπεία για καρκίνο του μαστού.

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να επιθυμούν να δοκιμάσουν τη λήψη διαφορετικών, μη ορμονικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Κάποιες μη φαρμακευτικές μέθοδοι είναι η απώλεια βάρους, η αλλαγή της διατροφής, τα φυτοοιστρογόνα (ουσίες που μοιάζουν με τα οιστρογόνα και βρίσκονται σε ορισμένα φυτά όπως η σόγια), και η άσκηση.⁵⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1. Περιστατικό 1ο

Η ασθενής Α.Π, γυναίκα ετών 47, εισήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών ο Άγιος Ανδρέας στην χειρουργική κλινική, με την διάγνωση του επιθηλιακού πορογενούς καρκινώματος in situ στον αριστερό μαστό. Η ασθενής προσήλθε για την πραγματοποίηση προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης (μαστεκτομή). Ήταν η πρώτη της νοσηλεία.

Η ασθενής είναι ιδιωτική υπάλληλος, έχει 1 τέκνο, το οποίο απέκτησε σε ηλικία 25 ετών, με φυσιολογικό τοκετό. Τα τελευταία 3 χρόνια βρίσκεται σε εμμηνοπαυσιακή κατάσταση. Η ασθενής δήλωσε πως πρόσφατα σταμάτησε το κάπνισμα και δεν καταναλώνει αλκοόλ.

Κατά την εισαγωγή της, τα ζωτικά της σημεία ήταν τα εξής: Θερμοκρασία: 36,5°C, Αρτηριακή Πίεση: 110/ 85mmHg, Σφυγμοί: 80/min, Αναπνοές: 20/min, SpO2: 98%.

Την παραμονή της επέμβασης, η ασθενής ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα παύσης λήψης τροφής και νερού μετά τις 22:00, έγινε λήψη ζωτικών σημείων, χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή (inohep 0,4ml), και εξασφαλίστηκε επαρκής και ποιοτικός ύπνος.

Το πρωί της επέμβασης, πραγματοποιήθηκε η απαραίτητη προεγχειρητική προετοιμασία, με τη λήψη των ζωτικών σημείων να εμφανίζει φυσιολογικές τιμές. Η χειρουργική επέμβαση ολοκληρώθηκε με επιτυχία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προέκυψαν μετά την επέμβαση ήταν το θωρακικό άλγος, η υπερπυρεξία και η υποξαιμία λόγω του πόνου.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
----------------------	--------	--	---------------------------------	----------

<p>-Θωρακικό άλγος που οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο εντός των επόμενων ωρών</p>	<p>1) Συχνή αξιολόγηση της έντασης του πόνου</p> <p>2) Εναλλαγή θέσης, ώστε να βρεθεί η καταλληλότερη θέση που θα ανακουφίζει την ασθενή</p> <p>3) Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος</p> <p>4) Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>1) Γινόταν συχνή αξιολόγηση/επαναξιολόγηση του πόνου</p> <p>2) Η θέση που ανακούφισε την ασθενή ήταν η ημικαθιστή</p> <p>3)Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον</p> <p>4)Χορηγήθηκαν ήπια αναλγητικά</p>	<p>-Η ασθενής δήλωσε σταδιακή ανακούφιση από τον πόνο</p>
<p>-Μετεγχειρητική υπερπυρεξία (38,0°C)</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς και υποχώρηση πυρετού εντός των επόμενων 12 ωρών</p>	<p>1) Λήψη ζωτικών σημείων ανά 2 ώρες</p> <p>2) Χορήγηση υγρών ώστε να αποφευχθεί η</p>	<p>1) Γινόταν λήψη ζωτικών σημείων ανά 2 ώρες, με ιδιαίτερη έμφαση στη λήψη της θερμοκρασίας</p> <p>2) Χορηγήθηκε νερό και χυμός για την αύξηση λήψης</p>	<p>-Η θερμοκρασία της ασθενούς μειωνόταν σταδιακά, έως ότου η υπερπυρεξία υποχώρησε εντελώς εντός της</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
		πιθανή αφυδάτωση λόγω της εφίδρωσης 3) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων 4) Χορήγηση αντιπυρετικής αγωγή	υγρών, 3) Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα 4) Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά peros	ημέρας
-Υποξαιμία λόγω μειωμένου αριθμού αναπνοών	-Επίτευξη επαρκούς αερισμού της ασθενούς	1) Λήψη ζωτικών σημείων ανά 2 ώρες 2) Τοποθέτηση ασθενούς σε ημικαθιστή θέση 45 μοιρών 3) Χορήγηση οξυγονοθεραπείας 4) Άρση αιτίου μειωμένων αναπνοών (πόνου)	1) Γινόταν λήψη ζωτικών σημείων ανά 2 ώρες 2) Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση 3) Η οξυγονοθεραπεία χορηγήθηκε επιτυχώς 4) Χορηγήθηκαν παυσίπονα για την αντιμετώπιση του πόνου	-Τα φυσιολογικά επίπεδα οξυγόνου στο αίμα επανήλθαν σε φυσιολογικά επίπεδα εντός των επόμενων ωρών

5.2. Περιστατικό 2ο

Η ασθενής Μ.Δ, γυναίκα ετών 35, επισκέφτηκε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ο Άγιος Ανδρέας, με σκοπό να πραγματοποιήσει την 3η δόση ακτινοθεραπείας του θεραπευτικού της πλάνου, καθώς είχε διαγνωστεί με διηθητικό λοβιδιακό καρκίνωμα στον δεξιό μαστό.

Η ασθενής ασχολείται με τα οικιακά, έχει 2 τέκνα, τα οποία απέκτησε σε ηλικία 27 και 29 ετών, με φυσιολογικό τοκετό. Η ασθενής δήλωσε πως δεν έχει καπνίσει ποτέ, δεν καταναλώνει αλκοόλ, και αθλούταν τακτικά πριν τη διάγνωση της νόσου. Στην οικογένειά της υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού (μητέρα).

Κατά τη διάρκεια της αναμονής της, έπειτα από σύντομη συζήτηση, η ασθενής εξέφρασε την ανησυχία της, καθώς και στις 2 προηγούμενες επισκέψεις για ακτινοθεραπεία εμφάνιζε έντονη ναυτία και τάση προς έμετο. Επίσης εκμυστηρεύτηκε αίσθημα ενοχής για το γεγονός πως ποτέ δεν έκανε αυτοεξέταση παρά την γνώση της αναγκαιότητας της, και η πρώτη υποψία της νόσου επήλθε μετά από εκροή υγρού από την θηλή και επίσκεψη στον γιατρό.

Μετά την λήξη της ακτινοθεραπείας η ασθενής παρέμεινε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, προκειμένου να παρατηρηθούν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάστηκαν ήταν η ναυτία και έμετος, η διάρροια, καθώς και ένας ελαφρύς ερεθισμός του δέρματος με ερυθρότητα.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
-Διάρροια	-Διατήρηση της ενυδάτωσης με ηλεκτρολυτική ισορροπία και περιορισμός των περιστατικών	<p>1) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων για τη μείωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα</p> <p>2) Ενθάρρυνση πρόσληψης υγρών που περιέχουν ηλεκτρολύτες</p> <p>3) Χορήγηση ορού L-R 1000ml, εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες</p> <p>4) Ενημέρωση ασθενούς για πρόσληψη πιο εύπεπτων τροφών (όπως ρύζι, μήλο, πατάτες), κατά την επιστροφή της στο σπίτι</p>	<p>1) Χορηγήθηκε Imodium 1x2mg</p> <p>2) Η ασθενής κατανάλωσε χυμό φρούτων</p> <p>3) Χορηγήθηκε εμπλουτισμένος ορός L-R 1000ml</p> <p>4) Η ασθενής ενημερώθηκε για τις πιο κατάλληλες τροφές για τον περιορισμό των περιστατικών</p>	-Οι διαρροϊκές κενώσεις σταμάτησαν εντός 40 λεπτών
-Ναυτία και έμετος	-Παύση αισθήματος ναυτίας και έμετου	<p>1) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</p> <p>2) Να αποφευχθεί η λήψη τροφής</p> <p>3) Χορήγηση</p>	<p>1) Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>2) Δεν έγινε λήψη τροφής</p> <p>3) Χορηγήθηκε</p>	-Το αίσθημα ναυτίας υποχώρησε έπειτα από 50 λεπτά, και τα περιστατικά του έμετου περιορίστηκαν σε 1

Νοσηλευτική Διάγνωση	Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
		<p>ορού L-R 1000ml εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες</p> <p>4)Ανάπαυση ασθενούς και εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος</p>	<p>ορός L-R 1000ml εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες</p> <p>4) Η ασθενής αναπαύθηκε στην κλίνη και εξασφαλίστηκε ησυχία στην αίθουσα του ιατρείου</p>	
<p>-Ερεθισμός με ερυθρότητα δέρματος στην περιοχή του μαστού που υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία</p>	<p>-Διατήρηση ακεραιότητας του δέρματος και πρόληψη δερματικής βλάβης</p>	<p>1) Προσεκτικός καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό, και στέγνωμα του δέρματος με απαλές κινήσεις</p> <p>2) Επάλειψη με ενυδατική αλοιφή</p> <p>3) Διατήρηση της περιοχής ακάλυπτης για επαρκή αερισμό του δέρματος</p> <p>4) Ενημέρωση της ασθενούς για την αποφυγή</p>	<p>1) Η περιοχή καθαρίστηκε και στεγνώθηκε με μεγάλη προσοχή</p> <p>2) Έγινε επάλειψη με ενυδατική κρέμα και η ασθενής συμβουλευτήκε να κάνει επάλειψη σε τακτά χρονικά διαστήματα και στο σπίτι</p> <p>3) Η περιοχή παρέμεινε ακάλυπτη</p>	<p>-Η περιοχή του δέρματος που υπέστη την ακτινοβολία παρέμεινε ακέραια, χωρίς κάποια δερματική βλάβη, εκτός από μερική ξηρότητα</p>

		χρήσης προϊόντων που μπορούν να	4) Έγινε ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με	
--	--	---------------------------------	--	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
		ερεθίσουν το δέρμα της περιοχής, όπως αποσμητικά, αντηλιακές κρέμες, αποτριχωτικές κρέμες κ.α.	συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν την ακεραιότητα του δέρματος	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το γεγονός πως με το πέρασ των χρόνων γίνονται όλο και περισσότερες μελέτες και έρευνες γύρω από τον καρκίνο του μαστού είναι ελπιδοφόρο. Παρ' όλα αυτά, προξενεί λύπη και μεγάλο προβληματισμό στον τομέα της υγείας πως το ποσοστό των νέων περιστατικών διαρκώς αυξάνεται. Προκειμένου να μειωθούν τα κρούσματα του καρκίνου του μαστού αλλά και να βελτιωθεί η πρόγνωση των ήδη υπάρχοντων περιστατικών, είναι πολύ σημαντικό να μελετηθούν σε βάθος οι προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της νόσου.

Παρά το γεγονός πως πολλοί από τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση και πορεία της νόσου είναι μη τροποποιήσιμοι, υπάρχουν και οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν και περιλαμβάνουν μικρές αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου. Η ήπια άσκηση σε καθημερινή βάση ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ μία υγιεινή διατροφή, πλούσια σε βιταμίνες και χαμηλή σε λιπαρά, βοηθάει στην πρόληψη του καρκίνου. Η αποχή από το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης πολλαπλών ειδών καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού. Επίσης, όσον αφορά τη μέθοδο αντισύλληψης με χάπια, καθώς η χρήση των συγκεκριμένων χαπιών σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου, κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι ενημερωμένη και να συμβουλευέται τον ιατρό της για πιθανές εναλλακτικές μεθόδους αντισύλληψης, σε περίπτωση που συνδυάζει και άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Τα τελευταία χρόνια διοργανώνονται όλο και περισσότερες εκδηλώσεις τόσο από δημόσιους, όσο και από ιδιωτικούς φορείς, με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών, γεγονός όμως που δεν μπορεί να καθησυχάζει τους επαγγελματίες υγείας. Πρέπει να αποτελεί συλλογική προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας, η ενημέρωση κυρίως του γυναικείου πληθυσμού κάθε ηλικιακής τάξης. Επιβάλλεται επίσης, να καταστεί σαφής η αναγκαιότητα της αυτοεξέτασης και των τακτικών επισκέψεων στον γιατρό.

Είναι σημαντικό πως ακόμη ανακαλύπτονται νέα δεδομένα σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης που ακολουθούνται, ώστε η θεραπεία των ασθενών να γίνεται όσο το δυνατόν πιο ασφαλής και αποτελεσματική. Δίνεται πλέον μεγάλη σημασία στα θεραπευτικά πλάνα

που σχεδιάζονται, με σκοπό να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες και στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή.

Ο ογκολογικός τομέας αποτελεί κέντρο μεγάλου ενδιαφέροντος για τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό το γεγονός προσελκύει όλο και περισσότερους από αυτούς να ειδικευτούν στον συγκεκριμένο τομέα. Ο ρόλος του ογκολογικού νοσηλευτή, αλλά και ενός μη ειδικευμένου νοσηλευτή που φροντίζει ασθενείς με καρκίνο, είναι να γνωρίζει τις πιθανές επιπτώσεις, να τις προλαμβάνει με κάθε δυνατό τρόπο, να βρίσκεται σε διαρκή επαγρύπνηση για τον εντοπισμό τους, αλλά και να διαδραματίζει έναν ρόλο συμμάχου για τον ασθενή. Η σχέση μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή πρέπει να είναι μια σχέση εμπιστοσύνης και κατανόησης, που θα καλλιεργεί το έδαφος για τον ασθενή να μπορεί να μιλήσει ανοιχτά για τους προβληματισμούς του. Ο ρόλος της νοσηλευτικής φροντίδας δεν τελειώνει στην έξοδο του ασθενή από τον χώρο της νοσηλείας, αλλά συνεχίζεται μέσω της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης, που ο ασθενής κουβαλάει μαζί του για υπόλοιπο της ζωής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gray's ανατομία, Drake, Richard L. (Richard Lee), 1950-, Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, c2007-c2011
2. Moore Keith L., Κλινική ανατομία / Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M.R. Agur, Nicosia, Cyprus : Πασχαλίδης : Broken Hill, 2013.
3. Anderson R and Troxel B (2005) Breast cancer litigation. In: R Anderson (ed.) Medical Malpractice: A Physician's Handbook. NJ: Humana Press
4. Burstein H and Winer E (2000) Primary care of survivors of breast cancer. New England Journal of Medicine 343(15): 1086–1094
- 5 Department of Health (2006) Waiting Times for Cancer: Progress, Lessons Learned and Next Steps, London: HMSO
- 6 Campbell D, Khan A, Rankin N, Williams P and Redman S (2006) Are specialist nurses available to Australian women with breast cancer? Cancer Nursing 29(1): 43–48.
- 7 Association of Breast Surgery, at the British Association of Surgical Oncology (2005) Guidelines for the Management of Symptomatic Breast Disease. European Journal of Surgical Oncology 31: 51–521
- 8 Finlay T (2000) The scope of professional practice: a literature review to determine the document's impact on nurses' role. Nursing Times Research 5(2): 115–125.
- 9 Chapman D, Purushotham A and Wishart G (2002) Nurse practitioner training in breast examination. Nursing Standard 17(2): 33–36.
- 10 National Institute of Clinical Effectiveness (2004) Guidance on Cancer Services – Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The Manual. London: National Institute of Clinical Effectiveness.
- 11 Eicher M, Marquard S and Aebi S (2006) A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. European Journal of Cancer, 42(18): 3117–3126.
- 12 Finlay T (2000) The scope of professional practice: a literature review to determine the document's impact on nurses' role. Nursing Times Research 5(2): 115–125.

- 13 Breast Cancer Care, Royal College of Nursing (2004) Time to Care: Maintaining Access to Breast Care Nurses. London: Alpine Press
- 14 Pennery E (2005) Providers and Recipients of Breast Cancer Follow-up: Addressing Needs and Optimising Service Delivery. D. Phil thesis, University of Southampton. □□□
15. National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team (2003) An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multi-centre implementation study. *European Journal of Cancer Care* 12: 91–97.
- 16 Ong LM, Visse MR, Lammes FB, de Haes JC (2000) Doctor-patient communication and cancer patient's quality of life and satisfaction. *Patient Couns Health Educ* 41:145–156
- 17 Molassiotis A et al. (2007) Acupuncture pilot study for chemotherapy-related fatigue. *Complementary Therapies in Medicine*. 15: 228–237
- 18 Glean E, Edwards S, Faithful S et al. (2000) Intervention for acute RT induced skin reactions in cancer patients: the development of a clinical guideline recommended for use by the College of Radiographers. *Journal of Radiotherapy in Practice* 2(2): 75–84.
- 19 Yarnold JR (2002) Breast cancer: improvements in treatment planning and dosimetry. Abstract for IPREM/RCR Meeting, London: Breast Cancer: Advances in RT Planning and Treatment. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists)* 14: 174–177.
- 20 Col N, Kim J and Chlebowski R (2005) Menopausal hormone therapy after breast cancer: a meta-analysis and critical appraisal of the evidence. *Breast Cancer Research* 7(4): R535–540
- 21 LeMone, Priscilla, Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική = Medical-surgical nursing: critical thinking in patient care : κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς / Priscilla LeMone, Karen Bruke, Gerene Bauldoff ; Λαγός Δημήτριος, c2014
- 22 Foley K. Dismantling the barriers: providing palliative and pain care. *Med Stud J Am Med Assoc* 2000, 283:115
- 23 Resnik DB, Rehm M, Minard RM. The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine. Health Care Philos* 2001, 4:277–288
- 24 Whitman MM. The starving patient: Supportive care for people with cancer. *Clin J Clin Oncol Nurs* 2000, 4:121–125

- 25 Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *CA Cancer J Clin* 2002, 52:72–91
- 26 Cunningham RS, Bell R. Nutrition in cancer: an overview. *Semin Oncol Nurs* 2000, 16:90–98
- 27 Byrd BF, Bayer DS, Robertson JC and Stephens SE (1962) Treatment for breast tumors associated with pregnancy and lactation. *Annals of Surgery* 155: 940–947.
- 28 Cole T (2006) Risks and benefits of needle use in patients after axillary node surgery. *British Journal of Nursing* 15(18): 969–979.
- 29 Barnett GC, West CML, Dunning AM et al. (2009) Normal tissue reactions to radiotherapy: towards tailoring treatment dose by genotype. *Nature Reviews Cancer* 1–9.
- 30 Hilley C, Tutt A, Torres M and Palimieri C (2008) Adjuvant RT for breast cancer. *British Medical Journal* 337a: 2843.
- 31 Greendale GA, Petersen L, Zibecchi L and Ganz PA (2001) Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause* 8(2): 111–119.
- 32 Fellowes D, Fallowfield LJ, Saunders CM and Houghton J (2001) Tolerability of hormone therapies for breast cancer: how informative are documented symptom profiles in medical notes for ‘well-tolerated’ treatments? *Breast Cancer Research and Treatment* 66(1): 73–81.
- 33 Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley CD, Kohli S, Fiscella K, Palesh OG, Morrow GR. Assessment of cancer-related fatigue: Implications for clinical diagnosis and treatment. *Oncologist* 2007, 12(Suppl 1):11–21
- 34 Psychological Stress and Cancer: Questions and Answers. National Cancer Institute. Reviewed: 04/29/2008
- 35 NIMH Staff. «Generalized Anxiety Disorder (GAD).» National Institute of Mental Health. 2 Apr. 2008. National Institutes of Health. 23 Apr. 2008.
- 36 Normal Adjustment and Distress (PDQ®). National Cancer Institute. Last Modified: 07/14/2009.
- 37 Avis NE, Crawford S and Manuel J (2004) Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 13: 295–308.

- 38 Beaumont J (2007) Breast cancer: what are the issues for young women? *Cancer Nursing Practice* 6(9): 36–39
- 39 Schofield NG, Green C, Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology – can they be improved? *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12:4–13
- 40 Stephens PA, Osowski M, Fidale MS, Spagnoli C. Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clin J Oncol Nurs* 2008, 12:253–258
- 41 Wickham R. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A review and implications for oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2007, 11:361–376
- 42 Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center: A role for symptom assessment. *Cancer* 2000, 88:1175–1183
- 43 Elder EE, Brandberg Y, Björklund T, Rylander R, Lagergren J, Jurell G et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. *Breast* 2005, 14:201–208.
- 44 Αδαμακίδου Θ, Κουτσοπούλου Β. αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή – ο ρόλος των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2003, 42:308–315.
- 45 Kroman N (2009) Child bearing in pregnancy, *European Journal of Cancer Supplements* 7(2)
- 46 *Νοσηλευτική* 2017, 56(3): 211–219 • *Hellenic Journal of Nursing* 2017, 56(3): 211–219

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ:

- 47 Cancer.org <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breastcancer-diagnosis/types-of-breast-cancer.html>
- 48 Cancer.net <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/diagnosing-cancer/stagescancer>
- 49 BreastCancer.net <https://www.breastcancer.org/symptoms>
- 50 Cancer.gov <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment>

- 51 Centers for Disease Control and Prevention
<https://www.cdc.gov/cancer/survivors/patients/side-effects-of-treatment.htm>
- 52 BreastCancer.org <https://www.breastcancer.org/symptoms/types>
- 53 Gaia Maternity Hospital - Athens Medical Center 2013
<https://www.gaiamaternity.gr/MD/sites/default/files/pdf/Protocols/karkinos%20mastou.pdf>
- 54 Pain Community Centre <http://paincommunitycentre.org/article/pain-assessment> (<http://paincommunitycentre.org/article/pain-assessment-tools> tools).
- 55 Stanford Healthcare, <https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/g/general-surgery/complications.html>
- 56 Cancer Net, <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/managing-emotions/coping-with-guilt>
- 57 Medical News Today,
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/325578.php#what-is-it>
- 58 Cancer.org, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/living-as-a-breast-cancer-survivor/menopausal-hormone-therapy-after-breast-cancer.html>
- 59 Cancer.org, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>