



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΣΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΧΟΥΝΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΕΧΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό την εμπάθυνση των γνώσεων μας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού καθώς αποτελεί παγκόσμιο ζήτημα και ανευρίσκεται σε υψηλό ποσοστό ανάμεσα στα είδη καρκίνου που αφορούν τις γυναίκες. Η νόσος αυτή είναι πολύπλοκη και απαιτεί ένα μεγάλο σύνολο διεργασιών που εκτελείται από τους επαγγελματίες υγείας. Μέσα από την εργασία μας δίνεται η ευκαιρία να ενημερωθούμε για το ρόλο που διακατέχει ο νοσηλευτής στο πλάνο φροντίδας ενός ογκολογικού ασθενούς και το βαθμό σημαντικότητάς του στην θεραπευτική ομάδα.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας κυρία Μπέχλου Λαμπρινή που μας καθοδηγούσε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας και που είχαμε μία αρμονική συνεργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθης πάθηση που προσβάλλει τις γυναίκες. Ωστόσο σε σπάνιες περιπτώσεις ενδέχεται να εμφανιστεί και στο ανδρικό φύλο. Αποτελείται από ένα σύνολο τύπων οι όποιοι διακρίνονται στους επεμβατικούς και στους μη επεμβατικούς. Οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού ποικίλλουν. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι ο τρόπος ζωής του ατόμου, το οικογενειακό ιστορικό, η ηλικία και παράγοντες που έχουν άμεση συσχέτιση με την αναπαραγωγή. Ένας απλός τρόπος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού είναι η αυτοεξέταση κατά την οποία από μόνη της η γυναίκα μπορεί να εντοπίσει κάποια βλάβη. Επιπροσθέτως, υπάρχουν πιο εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας όπως η βιοψία και η μαστογραφία. Είναι σημαντικό η διάγνωση της κακοήθειας να γίνεται σε πρώιμο στάδιο ώστε να υπάρχει η βέλτιστη ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται περιλαμβάνουν χειρουργική παρέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Κάποιες από αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν σε συνδυασμό. Παρ' όλα αυτά, οι γυναίκες έχουν τη δυνατότητα να προάγουν την υγεία τους μέσω της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης. Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση ενός ογκολογικού ασθενή έχει ο νοσηλευτής. Αναλαμβάνει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή και την οικογένεια του σχετικά με τις διαγνωστικές διαδικασίες, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου. Πραγματοποιεί ένα μεγάλο σύνολο παρεμβάσεων και ταυτοχρόνως τους παρέχει ψυχολογική υποστήριξη η οποία μπορεί να αποβεί άκρως ανακουφιστική.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να κατανοηθεί εκτενέστερα ο καρκίνος του μαστού και η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση της νόσου.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών από επιστημονικά άρθρα, βιβλία, ιστοσελίδες και έρευνες της τελευταίας δεκαετίας. Από το διαδίκτυο χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης έδειξαν πως ο νοσηλευτής είναι ένα από τα βασικά πρόσωπα της θεραπευτικής

ομάδας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και την οικογένεια του από την στιγμή που εισέρχεται για τις αρχικές εξετάσεις έως και το τελικό στάδιο της ζωής του. Με τη μέθοδο της διδασκαλίας και της εκπαίδευσης τους καθοδηγεί σε όλες τις διαδικασίες που πρέπει να υποβληθεί ο ασθενής. Τα περισσότερα καθήκοντα του νοσηλευτή αφορούν τη θεραπεία του ασθενούς καθώς κυρίως εκείνος αντιμετωπίζει τις επιπλοκές και τις παρενέργειες που ενδέχεται να υπάρξουν. Βασικό κομμάτι αποτελεί η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει διότι δε βοηθά μόνο τον ασθενή να βρει δύναμη, αλλά έχει και την ικανότητα να συντονίζει ολόκληρη την οικογένεια ώστε να ξεπεράσουν τις δυσκολίες που έχουν προκύψει λόγω της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος μαστού, κακοήθεια, ρόλος νοσηλευτή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most common disease that affects women. However, in rare cases, it may also occur in men. It consists of a set of types that are distinguished in invasive and in non-invasive. There is a variety of risk factors that can cause breast cancer. The most important of them are people's lifestyle, family history, age and factors that are associated with reproduction. A simple way to detect breast cancer is self-examination in which the woman can find a lesion by herself. Additionally, there are more specialized diagnostic tests like biopsy and mammography that are performed by health professionals. It is important that the diagnosis of malignancy to be performed in early stage for better treatment respond. The treatments methods that are performed are surgery, chemotherapy, radiotherapy and hormonotherapy. Some of them are performed in combination. However, women have the chance to promote their health by primary and secondary prevention. A nurse plays significant role in the management of an oncology patient. He undertakes the responsibility to inform and educate the patient and their family about the diagnostic methods, prevention and the treatment of the disease. He accomplishes a great deal of interventions and simultaneously he provides them with psychological support with can be extremely comforting.

Purpose: The purpose of this literature review is to understand breast cancer and the contribution of the nursing staff in the management of the disease in extension.

Methodology: The methodology that was performed contains a collection of information from scientific articles, books, websites and studies by the last decade. The databases used via the internet are PubMed and Google Scholar.

Results: The results of the present literature showed that the nurse is one of the key members of the treatment team for the treatment of breast cancer. He supports the patient and his family from the moment he enters for the initial examinations until the final stage of his life. With the method of teaching and educating, the nurse guides them in all the procedures that the patient must undergo. Most of the nurse's duties are related to the treatment of the patient as he mainly deals with the complications and side effects that may occur. A key part is the psychological support he provides because he does not only help the patient to find strength, but he also has the ability to coordinate the whole family to overcome the difficulties that have arisen due to the disease.

Keywords: breast cancer, malignancy, nurse role, prevention, diagnosis, treatment

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος-Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη	2
Abstract.....	4
Εισαγωγή	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 Ορισμός Καρκίνου του Μαστού	11
1.2 Ταξινόμηση.....	12
1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	19
1.4 Ανατομία-Φυσιολογία Μαστού	20
1.5 Καρκίνος του Μαστού στους άνδρες.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

2.1 Αίτια-Παράγοντες Κινδύνου	24
2.2 Πρωτογενής Πρόληψη.....	27
2.3 Δευτερογενής Πρόληψη.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΗ

3.1 Κλινική Εικόνα.....	33
3.2 Εξετάσεις	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1 Στάδια της Νόσου	44
4.1.1 Προσδόκιμο Επιβίωσης	45
4.2 Μετάσταση της Νόσου	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

5.1 Χειρουργική Παρέμβαση	49
5.1.1 Επιπλοκές Χειρουργικών Επεμβάσεων	51
5.2 Χημειοθεραπεία.....	52
5.2.1 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας	52
5.3 Ακτινοθεραπεία	54
5.3.1 Παρενέργειες Ακτινοθεραπείας	54
5.4 Ορμονοθεραπεία.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

6.1 Ποιότητα ζωής ασθενούς.....	56
6.2 Ποιότητα ζωής της οικογένειας.....	58
6.3 Ποιότητα ζωής επιζώντων	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία	61
7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του ασθενούς και των φροντιστών του.....	68

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 Νοσηλευτική Διεργασία.....	72
8.2 Πρώτο περιστατικό.....	73
8.3 Δεύτερο περιστατικό.....	81
Συμπεράσματα.....	87
Βιβλιογραφία	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος που ενδέχεται να αποβεί απειλητική για τη ζωή της γυναίκας καθώς αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος ως προς την κατανόηση της νόσου και οι θεραπευτικές μέθοδοι γίνονται ολοένα και πιο εξειδικευμένες. Παρόλο που ο καρκίνος του μαστού είναι ένα ζήτημα που συναντάται σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται πως ένα ποσοστό γυναικών προβαίνει σε διαγνωστικές εξετάσεις όταν η νόσος είναι προχωρημένη (Akram et al., 2017).

Ο κυριότερος στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθεί η σημαντικότητα του ρόλου που έχει ο νοσηλευτής καθ' όλη την εξέλιξη της νόσου. Άλλο στόχο αποτελεί η εμβάθυνση των γνώσεων σχετικά με τις διαγνωστικές διαδικασίες και την πολυπλοκότητα της θεραπείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, περιέχονται γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται τι είναι καρκίνος του μαστού, γίνεται η ταξινόμηση των τύπων του, αναφέρονται επιδημιολογικά στοιχεία παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα καθώς η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού. Ακόμα, αναφέρεται γενικά ο καρκίνος του μαστού στο ανδρικό φύλο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφεται η αιτιολογία της ανάπτυξης της νόσου και οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτή. Επίσης αναλύεται η πρωτογενής και η δευτερογενής πρόληψη που μπορεί να ακολουθήσει μία γυναίκα ώστε να περιορίσει την εμφάνιση της νόσου.

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιλαμβάνεται η κλινική εικόνα γενικά αλλά και ανά τύπο. Αναφέρονται ακόμα αναλυτικά οι εξετάσεις που χρειάζεται να υποβληθεί το άτομο ώστε να πραγματοποιηθεί η ανίχνευση του καρκίνου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφεται η εξέλιξη της νόσου. Αναφέρονται τα στάδια που διαχωρίζεται, το προσδόκιμο ζωής που δύναται να έχει ένας ασθενής καθώς και ο μηχανισμός της μετάστασης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, περιέχονται όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται ανάλογα την περίπτωση, οι επιπλοκές και οι παρενέργειες που μπορεί να ακολουθήσουν.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύεται η ποιότητα ζωής του ασθενούς, της οικογένειας του και των επιζώντων. Γίνεται αναφορά στις αλλαγές που προκύπτουν στην ζωή του ασθενούς εξ αιτίας της νόσου και πως αυτές επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια και γενικότερα τους φροντιστές του.

Το έβδομο κεφάλαιο που είναι το πιο σημαντικό από όλα, περιλαμβάνει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανάλογα τις ανάγκες που έχει ο εκάστοτε ασθενής και δίνεται έμφαση στην ψυχολογική υποστήριξη που οφείλει να παρέχει ο νοσηλευτής.

Στο όγδοο κεφάλαιο, που είναι και το τελευταίο, δίνονται δύο διαφορετικά περιστατικά για τα οποία εφαρμόζεται νοσηλευτική διεργασία, καθώς και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από όλη την εργασία.

~ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ~

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 Ορισμός Καρκίνου του Μαστού

Έχει παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή κακοήθης πάθηση που προσβάλλει τις γυναίκες. Η ανάπτυξή του πραγματοποιείται στα κύτταρα των αδενοκυψελών, στους πόρους και στα λόβια του μαστού. Ο όγκος αναπτύσσεται και εξαπλώνεται σύμφωνα με την περιοχή που έχει εντοπιστεί αρχικά ο καρκίνος. Η διασπορά του όγκου γίνεται μέσω των φλεβών και των λεμφαγγείων καθώς μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσω άμεσης διήθησης (Drake et al., 2006).

Ο σχηματισμός του όγκου οφείλεται σε τρία είδη γονιδίων, τα πρωτο-ογκογονίδια, τα ογκοκατασταλτικά και εκείνα που είναι υπεύθυνα για την κωδικοποίηση ενζύμων του DNA. Όταν συμβαίνει κάποια μετάλλαξη στα πρωτο-ογκογονίδια τότε μετατρέπονται σε ογκογονίδια και προκαλούν τον μη ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, που οδηγεί σε καρκινογένεση. Ο φυσιολογικός ρόλος των ογκοκατασταλτικών γονιδίων είναι να διακόπτουν την κυτταρική διαίρεση όταν χρειάζεται. Όταν υποστούν κάποια μετάλλαξη τότε τα κύτταρα αδυνατούν να ελέγχουν τον πολλαπλασιασμό τους. Τα γονίδια που σχετίζονται με τα ένζυμα του DNA, φυσιολογικά έχουν ρόλο σε κάποιες διαδικασίες όπως η αντιγραφή και η επιδιόρθωσή του. Μία μετάλλαξη σε αυτά επηρεάζει τα υπόλοιπα γονίδια και τα οδηγεί σε συχνότερες μεταλλάξεις (Σκονδρά, 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021), το 85% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εμφανίζεται στους πόρους ενώ το 15% των περιπτώσεων στα λόβια. Όταν αναπτύσσεται στην αρχή το καρκίνωμα, δεν εξαπλώνεται από τους πόρους ή τους λοβούς και έτσι χρησιμοποιείται ο όρος «in situ», δηλαδή μη διηθητικός και χωρίς μεγάλο κίνδυνο μετάστασης. Ο επί τόπου (in situ) καρκίνος από στάδιο 0 μπορεί να επεκταθεί και να εισβάλλει στους γύρω ιστούς και τότε ονομάζεται διηθητικός καρκίνος. Μετέπειτα μπορεί να επεκταθεί σε γειτονικούς λεμφαδένες και η μετάσταση ονομάζεται περιφερειακή. Όταν επεκτείνεται σε διαφορετικά όργανα ονομάζεται απόμακρη. Η μετάσταση που θεωρείται αίτιο θανάτου είναι η εκτεταμένη. Εάν πραγματοποιηθεί διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο τότε η θεραπεία έχει πολλές πιθανότητες να είναι αποτελεσματική.

1.2 Ταξινόμηση

Ο καρκίνος του μαστού περιλαμβάνει διάφορους τύπους οι οποίοι χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τους επεμβατικούς τύπους και τους μη επεμβατικούς. Ο επεμβατικός καρκίνος επεκτείνεται κυρίως στους γύρω ιστούς ή και σε απομακρυσμένα όργανα. Ο μη επεμβατικός καρκίνος εξαπλώνεται έως τους γαλακτοφόρους πόρους και τους λοβούς (Akram et al., 2017).

Ο κάθε τύπος ονοματίζεται σύμφωνα με το σημείο που έγινε αρχικά η ανάπτυξή του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των όγκων που προκύπτουν προέρχονται από καλοήθεις παθήσεις στο μαστό. Πιο συχνά παρατηρείται πως ο καρκίνος εμφανίζεται στα κύτταρα που περιβάλλουν τους γαλακτοφόρους πόρους παρά στους λοβούς. Ωστόσο υπάρχουν λίγοι τύποι που παρατηρούνται στους άλλους ιστούς (Sharma et al., 2010).

Καλοήθεις παθήσεις

- ♦ Ινοκυστική μαστοπάθεια

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί μία από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες παθήσεις του μαστού και δεν οδηγεί σε κακοήθη πάθηση. Σύμφωνα με μελέτες υπάρχει συσχετισμός της ανάπτυξής του με την κατανάλωση οιστρογόνων και αντι-οιστρογόνων φαρμάκων. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι άλγος, πάχυνση των ιστών του μαστού και αίσθημα βάρους, δερματικές αλλοιώσεις και έκκριση υγρού από τη θηλή. Ανιχνεύεται με τη μέθοδο της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος. Η θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση του πόνου καθώς και διδασκαλία για περιορισμό συνηθειών που ενισχύουν τη δυσφορία στο στήθος (Malherbe & Fatima, 2020).

- ♦ Κύστεις μαστού

Οι κύστεις αναπτύσσονται πολύ συχνά στους μαστούς των γυναικών και περιέχουν υγρό. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο μέγεθός τους καθώς άλλες είναι πολύ μικρές και άλλες μεγαλύτερες. Δεν έχουν αναγνωριστεί συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά η παρουσία τους αποδίδεται σε μεταβολές στη φυσιολογική ανάπτυξη των μαστών. Το υπερηχογράφημα είναι η πιο βοηθητική διαγνωστική μέθοδος όπως και η μαγνητική τομογραφία. Είναι σημαντικό να παρακολουθούνται τακτικά και αν είναι πολύπλοκες πραγματοποιείται χειρουργική εκτομή. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται κάποια ιατρική παρέμβαση (Kowalski & Okoye, 2020).

- ◆ Ενδοπορικό θήλωμα μαστού

Το ενδοπορικό θήλωμα μαστού είναι ένα καλοήθες ογκίδιο που αναπτύσσεται στο μαστό και πιο συγκεκριμένα στο επιθήλιο των πόρων. Έχει την ίδια πιθανότητα εμφάνισης σε όλες τις γυναίκες αλλά οι πιο συχνές ηλικίες είναι 30 με 77 έτη. Παρ' όλα αυτά μπορεί να μετατραπεί σε κακοήθεια. Εξετάζεται μέσω βιοψίας με αναρρόφηση με την βοήθεια κενού ή με κόπτουσα βελόνα. Οι γυναικολόγοι προτείνουν να γίνεται η παρακολούθησή του με υπερηχογράφημα ετησίως και αφαιρείται χειρουργικά (Hodorowicz-Zaniewska et al., 2019).

- ◆ Ινοαδένωμα

Τα ινοαδενώματα είναι συμπαγές ογκίδια χωρίς ένδειξη πόνου και δεν αποτελούν κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας. Οι ηλικιακές ομάδες που εμφανίζονται είναι κυρίως 14 με 35 ετών και συνήθως μετά την εμμηνόπαυση μειώνονται σε μέγεθος. Μπορεί να αναπτυχθεί ακόμα και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας ως αιτιολογία έχουν τους ορμονικούς παράγοντες όπως η ευαισθησία του ιστού των μαστών στα οιστρογόνα ή τη λήψη αντισυλληπτικών χαπιών από την ηλικία των 20 ετών. Ενδείκνυται για τη διάγνωση η μαστογραφία και ο υπέρηχος και αφαιρούνται με χειρουργική τομή (Ajmal & Fossen, 2020).

- ◆ Γαλακτοκήλη

Όταν υπάρχει φλεγμονή στους γαλακτοφόρους πόρους και αποφράσσονται σημαίνει πως δημιουργείται μία γαλακτοκήλη. Μία κύστη δηλαδή γεμισμένη με γάλα. Παρουσιάζεται μετά από τον τοκετό αλλά και κατά τη φάση του θηλασμού ή στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Περιγράφεται ως μία στρόγγυλη ή οβάλ μάζα καθώς και ως πολλές μάζες μαζί. Το μέγεθός τους διαφοροποιείται ανάλογα την ποσότητα γάλακτος λίπους και πρωτεϊνών. Για τη διάγνωση συνιστάται συνήθως ο υπέρηχος αλλά είναι ορατή και στη μαστογραφία (Langer et al., 2015).

- ◆ Άτυπη υπερπλασία του μαστού

Η άτυπη υπερπλασία του μαστού χαρακτηρίζεται από πολλαπλές επιθηλιακές βλάβες στους πόρους και στα λόβια. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την άτυπη υπερπλασία των πόρων (ADH) και την άτυπη υπερπλασία των λοβίων (ALH). Είναι δύσκολο να ανιχνευθεί με τη μαστογραφία και συνήθως εντοπίζεται από βιοψίες ή χειρουργική εκτομή που έχουν προγραμματιστεί για την εξέταση άλλων ευρημάτων. Σε γυναίκες

που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο η αντιμετώπιση της υπερπλασίας γίνεται με χειρουργική εκτομή (Myers & Walls, 2020).

Για την ADH το αίτιο ανάπτυξης της υπερπλασίας σχετίζεται συνήθως με κληρονομικούς παράγοντες, δηλαδή οικογενειακό ιστορικό. Επίσης αναπτύσσεται σε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που έχουν υποβληθεί σε προληπτική μαστεκτομή (Kader et al., 2018).

Η ALH που έχει επίσης μεγάλη πιθανότητα να μετατραπεί σε κακοήθεια, υπολογίζεται πως αυξάνει τον κίνδυνο μετατροπής επί τέσσερις με πέντε φορές περισσότερο (Myers & Walls, 2020).

Κακοήθεις παθήσεις

- ♦ Μη Διθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα in situ (LCIS)

Το μη διθητικό λοβιακό καρκίνωμα in situ στην πραγματικότητα δεν αποτελεί ένα τύπο καρκίνου του μαστού αλλά είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση του. Η διάγνωση γίνεται με βιοψία μαστού με κόπτουσα βελόνα, με ταυτόχρονη παρακολούθηση μέσω υπέρηχου. Εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες που βρίσκονται σε στάδιο πριν την εμμηνόπαυση γύρω στις ηλικίες των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται από πολλαπλασιασμό νεοπλασματικών κυττάρων που στοχεύει κυρίως τους λόβιους γαλακτοφόρους πόρους. Επίσης παρουσιάζει έλλειψη έκφρασης της πρωτεΐνης E-cadherin. Για την αντιμετώπιση του LCIS αυτό που προτείνεται από το Εθνικό Γενικό Αντικαρκινικό Δίκτυο (NCCN) είναι η στενή παρακολούθηση με πραγματοποίηση φυσικής εξέτασης κάθε 6 με 12 μήνες. Επιπλέον είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται μαστογραφία κάθε χρόνο. Όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος να ακολουθήσει διθητικός καρκίνος στο μαστό τότε συνήθως γίνεται μαστεκτομή (Wen & Brogi, 2017).

- ♦ Μη Διθητικό Πορογενές Καρκίνωμα in situ (DCIS)

Τα κρούσματα του μη διθητικού πορογενούς καρκινώματος in situ αντιστοιχούν στο 20-25% του συνόλου των τύπων του καρκίνου του μαστού (Seijen et al., 2019).

Σύμφωνα με μελέτες είναι ευρέως γνωστό πως η ανάπτυξη της κακοήθειας σχετίζεται με επασβεστώσεις οι οποίες είναι μικρού μεγέθους εστίες εναπόθεσης ασβεστίου στο μαστό. Έχει κίνδυνο επανεμφάνισης αργότερα εάν διαγνωσθεί σε νεαρή ηλικία. Το μέγεθος του όγκου μπορεί να διακριθεί και να εκτιμηθεί μέσω της μαστογραφίας, το

οποίο μπορεί να αποτελέσει επίσης παράγοντα επανεμφάνισης. Η επίπτωση του DCIS αυξάνεται συνεχώς επειδή εφαρμόζεται ευρέως η μαστογραφία (Badve & Gökmen-Polar, 2019).

Σήμερα, οι βλάβες που προκαλεί μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη μέθοδο της μαστεκτομής ή με χειρουργική επέμβαση κατά την οποία γίνεται διατήρηση του μαστού αλλά συνοδεύεται από ακτινοθεραπεία (Seijen et al., 2019).

- ♦ Διθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα Μαστού (ILC)

Το διθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαστού αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς υπότυπους του καρκίνου. Οι όγκοι που παρατηρούνται έχουν καλούς προγνωστικούς παράγοντες επειδή τα επίπεδα υποδοχέων οιστρογόνου είναι θετικά και χαμηλού βαθμού. Παρ' όλα αυτά, οι όγκοι αυτοί μπορούν να γίνουν πολύ μεταστατικοί (McCart Reed et al., 2015).

Η διάγνωση καθίσταται δύσκολη διότι το ILC δεν αναγνωρίζεται πάντα ως ψηλαφητή μάζα και η μαστογραφία δεν μπορεί να κάνει ανίχνευση. Χαρακτηρίζεται από μικρά μη φυσιολογικά νεοπλασματικά κύτταρα τα οποία οφείλονται στη λανθασμένη ρύθμιση προσκόλλησης κυττάρων λόγω απουσίας της πρωτεΐνης E-cadherin. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση του ασθενούς και απαιτείται επιθετική θεραπεία (Ciriello et al., 2015).

- ♦ Διθητικός Πορογενής Καρκίνος Μαστού (IDC)

Ο διθητικός πορογενής καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνά εμφανιζόμενο καρκίνο σε ποσοστό 80%. Η ανάπτυξη του έχει παρατηρηθεί πως ξεκινάει από τους γαλακτοφόρους πόρους και εξαπλώνεται στο λιπώδη ιστό του μαστού καθώς και σε άλλα σημεία τους σώματος διασπώντας το εσωτερικό τοίχωμα των πόρων (Sharma et al., 2010).

Λιγότερο συχνοί τύποι:

- ♦ Μυελοειδές καρκίνωμα μαστού

Το μυελοειδές καρκίνωμα του μαστού αποτελεί σπάνια και διαφορετική ομάδα υποτύπων των καρκινωμάτων. Από το σύνολο όλων των επεμβατικών καρκίνων αντιστοιχεί περίπου στο 5%. Η πρόγνωση του είναι ευνοϊκή παρόλο το φαινότυπο που έχει και τις περιορισμένες ιστολογικά ιδιαιτερότητες του. Τα αίτια εμφάνισής του αφορούν μεταλλάξεις γονιδίου βλαστικής σειράς BRCA1. Η ανίχνευση του γίνεται με

τη μέθοδο της μαστογραφίας, του υπερηχογραφήματος και της μαγνητικής τομογραφίας. Ως επιπλοκή μπορεί να παρουσιάσει μετάσταση στους λεμφαδένες. Για την θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να χρειαστεί μερική ή ολική μαστεκτομή συνοδευόμενη είτε από χημειοθεραπείες είτε από ακτινοβολία και εξαρτάται από το στάδιο (Limaiem & Mlika, 2020).

- ♦ Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα μαστού

Το βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα του μαστού διακρίνεται σε δύο υπότυπους, τον γνήσιο βλεννώδη καρκίνο και τον βλεννώδη μεικτό τύπο καρκίνου. Η διάκριση αυτή εξαρτάται από την κυτταρική του όγκου. Αντιστοιχεί στο 2% του συνόλου των καρκίνων του μαστού. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες περίπου 70 ετών. Έχει καλή πρόγνωση και περιορισμένες πιθανότητες να υποτροπιάσει καθώς και να επέλθει μετάσταση λεμφαδένων. Η διάγνωση γίνεται με μαστογραφία, υπερηχογράφημα, μαγνητική τομογραφία και ιστολογική εξέταση. Τα αίτια εμφάνισης αυτού του καρκινώματος είναι αναπαραγωγικοί παράγοντες, η διατροφή και οι ορμόνες. Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση και χορήγηση ορμονικής θεραπείας μετεγχειρητικά (Limaiem & Ahmad, 2020).

- ♦ Σωληνώδες καρκίνωμα μαστού

Το σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού έχει γενικά πολύ καλή πρόγνωση. Ο όγκος που ανιχνεύεται είναι μικρός σε μέγεθος και δεν έχει πολλές πιθανότητες να υποτροπιάσει και να εξαπλωθεί στους λεμφαδένες. Ο λόγος που ονομάζεται σωληνώδες είναι ο σχηματισμός σωληνοειδών δομών από ομοιόμορφα κύτταρα. Ένας από τους αποτελεσματικούς τρόπους για να γίνει η διάγνωση είναι η βιοψία λεμφαδένων (Chen et al., 2019).

Δεν είναι επιθετικός τύπος και οφείλεται κυρίως σε γενετικές μεταλλάξεις. Τρεις διαγνωστικές διαδικασίες για το καρκίνωμα αυτό είναι η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία. Επίσης πραγματοποιείται ανάλυση του χειρουργικού δείγματος και ιστολογικές εξετάσεις για την επιβεβαίωσή του. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι χειρουργικές, ανοσοενισχυτικές και ακτινοθεραπεία (Limaiem & Mlika M., 2020).

- ♦ Θηλώδες καρκίνωμα μαστού

Το θηλώδες καρκίνωμα του μαστού, το οποίο περιβάλλεται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα, παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Είναι σπάνιος

κακοήθης υπότυπος και η διάγνωση του είναι συχνά δύσκολη. Πραγματοποιείται με τη μέθοδο της μαστογραφίας, της μαγνητικής τομογραφίας, του υπέρηχου και της κυτταρολογικής και ιστολογικής εξέτασης. Οι προδιαθεσιακοί παράγοντες είναι γενετικοί και ενδοκρινικοί παράγοντες καθώς και η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, διατροφικοί παράγοντες, ο αλκοολισμός και η αύξηση βάρους. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει είτε μία ευρεία τοπική εκτομή συνοδευόμενη ή μη από ακτινοθεραπεία είτε μαστεκτομή (Ingle et al., 2016).

- ♦ Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

Ο φλεγμονώδης καρκίνος διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Κατά τον πρωτογενή φλεγμονώδη καρκίνο εμφανίζεται σε κάποιο φυσιολογικό ιστό ανάπτυξη καρκίνου. Κατά το δευτερογενή φλεγμονώδη καρκίνο, παρατηρείται φλεγμονώδης αλλαγή στο δέρμα του μαστού που υπάρχει διηθητικός καρκίνος ή μετεγχειρητικά κάποιας επέμβασης για άλλος είδος καρκίνου. Τα κλινικά του ευρήματα περιλαμβάνουν εξαπλωμένη δερματική σκλήρυνση του δέρματος χωρίς να υπάρχει πάντα κάποια μάζα. Σχετίζεται συνήθως με ιογενείς λοιμώξεις, χρόνια φλεγμονή, τοκετό σε νεαρή ηλικία, το κάπνισμα και τον θηλασμό. Για τη διάγνωση που στηρίζεται στην κλινική εξέταση, πραγματοποιείται βιοψία με κόπτουσα βελόνα, μαστογραφία και υπερηχογράφημα. Προτείνεται από τους ειδικούς στους ασθενείς να υποβληθούν σε εντατική παρακολούθηση και θεραπεία. Τρεις παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν είναι η συστηματική θεραπεία, η χειρουργική επέμβαση και η ακτινοβολία (Chippa & Barazi, 2020).

- ♦ Νόσος Paget της θηλής

Η νόσος Paget της θηλής προσβάλλει τις γυναίκες λόγω της ύπαρξης κάποιας κακοήθης πάθησης του μαστού. Πιο συχνά οφείλεται στο καρκίνωμα του πόρου *in situ* (DCIS) ή στο διηθητικό καρκίνωμα του πόρου. Οι παράγοντες κινδύνου της νόσου είναι η ηλικία άνω των 50 ετών, ιστορικό ανωμαλιών των μαστών, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή καρκίνου των ωθηκών ή και τα δύο, ο πυκνός ιστός μαστού, η έκθεση σε ακτινοβολία, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης καθώς και η εθνικότητα. Οι κύριες και πιο αποτελεσματικές διαγνωστικές μέθοδοι που εφαρμόζονται είναι η μαγνητική τομογραφία και η ιστολογική εξέταση. Συνήθως επιλέγεται η μαστεκτομή για την αντιμετώπιση του

εκτός αν υπάρχει δυνατότητα να πραγματοποιηθεί ευρεία τοπική εκτομή συνοδευόμενη από ακτινοθεραπεία (Yasir & Lotfollahzadeh, 2020).

- ♦ Φυλλοειδής όγκος

Ο φυλλοειδής όγκος είναι είτε καλοήθης είτε κακοήθης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τον χαρακτηρίζει ως «οριακά» κακοήθη όγκο. Είναι σπάνιος και η διάγνωσή του βασίζεται σε ιστολογική εξέταση κυρίως καθώς και σε μαστογραφία και υπερηχογράφημα. Συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας 40 με 50 ετών και 15 με 20 χρόνια μετά από την εμφάνιση ινοαδενομμάτων. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του είναι τα τραύματα, η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός και η υπέρμετρη δραστηριότητα των οιστρογόνων. Οι γενετικοί παράγοντες κατά κύριο λόγο δεν είναι γνωστοί. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει τοπική χειρουργική παρέμβαση αλλά εάν ο όγκος είναι μεγάλος σε μέγεθος τότε χρειάζεται μαστεκτομή. Ως εναλλακτική αντιμετώπιση, προτείνεται η ακτινοθεραπεία (Limaiem & Kashyar, 2020).

Ειδικοί τύποι:

- ♦ Τριπλά αρνητικός καρκίνος

Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος ορίζεται ως ένα σύνολο όγκων, οι οποίοι είναι αποτέλεσμα διαφόρων τύπων καρκίνου του μαστού. Αυτοί οι τύποι χαρακτηρίζονται από την απουσία κάποιων υποδοχέων όπως ο υποδοχέας οιστρογόνου ή προγεστερόνης καθώς και την υπερέκφραση του ανθρώπινου παράγοντα HER2. Το ποσοστό του αντιστοιχεί σε 10% με 20% του συνόλου των επεμβατικών καρκίνων και εμφανίζει τουλάχιστον μοριακό υπότυπο ή και παραπάνω. Ανιχνεύεται μέσω της μαστογραφίας συνήθως και στη συνέχεια γίνεται βιοψία (Kumar & Aggarwal, 2016).

Χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά επιθετικός τύπος καρκίνου του μαστού και συνήθως η θεραπεία που εφαρμόζεται περιλαμβάνει την κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

Επιπλέον μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή και κάποιος συνδυασμός των τύπων θεραπείας. Κριτήριο για να επιλεγεί ο τύπος της θεραπείας αποτελούν οι καρκινικοί βιοδείκτες. Μερικοί από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου είναι η νεαρή ηλικία, η φυλετική καταγωγή και γενετικές ανωμαλίες όπως μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 (Lyons, 2019).

- ♦ HER2-Θετικός καρκίνος μαστού

Αποτελεί έναν επιθετικό τύπο καρκίνου και ανέρχεται σε ποσοστό 15 με 20% των τύπων του καρκίνου του μαστού. Βασικό χαρακτηριστικό του HER2 θετικού καρκίνου είναι η υπέρμετρη έκφραση του υποδοχέα ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα 2 (Loibl & Gianni, 2017).

Αυτός ο υποδοχέας, ο οποίος είναι επίσης και πρωτεΐνη, χρησιμοποιείται ως καρκινικός βιοδείκτης. Διακατέχει σημαντικό ρόλο στον σχεδιασμό στοχευμένης θεραπείας για περίπου του 1/3 των ασθενών. Ένας εγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης της νόσου είναι η ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία. Επιπλέον, σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία χορηγείται συνήθως η δραστική ουσία που ονομάζεται τραστοζουμάμπη. Η ουσία αυτή είναι ένα μονοκλωνικό αντιγόνο το οποίο συστήνεται κυρίως σε ασθενείς που βρίσκονται σε σχετικά πρώιμο στάδιο του καρκίνου (Asif et al., 2016).

1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Ερευνών για τον Καρκίνο (2020), η πιο συχνή μορφή καρκίνου που παρουσιάζεται στις γυναίκες παγκοσμίως είναι ο καρκίνος του μαστού. Κάθε χρόνο τα περιστατικά ανέρχονται περίπου στα 1,7 εκατομμύρια. Στατιστικά ανά 100.000 άτομα νοσούν περίπου τα 72. Το 2020 έγινε διάγνωση καρκίνου όλων των μορφών σε 19.292.789 άτομα και το 11,7% διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού, δηλαδή 2.262.419 περιστατικά. Από το σύνολο αυτών των περιστατικών το ποσοστό θανάτου ήταν 6,9% δηλαδή 684.996 άτομα. Στην Ελλάδα το 2020 οι γυναίκες που νόσησαν από καρκίνο του μαστού ήταν 7.772 και σε ποσοστό 27,5% των συνολικών διαγνώσεων καρκίνου όλων των ειδών. Κατατάχθηκε ως το τρίτο πιο συχνό είδος καρκίνου που προκαλεί θάνατο με ποσοστό να αγγίζει περίπου 7% δηλαδή 2.333 άτομα.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ο επεμβατικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο τύπο καρκίνου που διαγιγνώσκεται ανάμεσα σε όλες τις εθνικότητες και τις φυλετικές καταγωγές. Το 2015 ο αριθμός των καινούριων περιπτώσεων εκτιμάται πως ήταν 231.840. Αποτελεί την πιο κοινή αιτία θανάτου μαζί με τον καρκίνο του πνεύμονα (Coughlin, 2019).

Μελέτες δείχνουν πως αναμένεται παγκοσμίως να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού μία στις οκτώ γυναίκες. Από αυτές τις περιπτώσεις το 5%-10% έχουν ως αιτιολογικό

παράγοντα τις γενετικές διαταραχές και το υπόλοιπο σύνολο, δηλαδή το 90%-95% οφείλονται στον τρόπο ζωής και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kolak et al., 2017).

Η ηλικία είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο να νοσήσει μια γυναίκα με καρκίνο. Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών, οι οποίες νοσούν από καρκίνο του μαστού, ανήκουν σε ηλικιακές ομάδες μεγαλύτερες των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται ως το πιο σύνηθες αίτιο σε ηλικίες περίπου των 45 ετών. Στις γυναίκες που η ανίχνευση της κακοήθειας πραγματοποιήθηκε κατά μέσο όρο στα 55 έτη, οι μελέτες δείχνουν πως είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιβιώσουν συγκριτικά με γυναίκες μικρότερης ηλικίας (Γεωργίου, 2017).

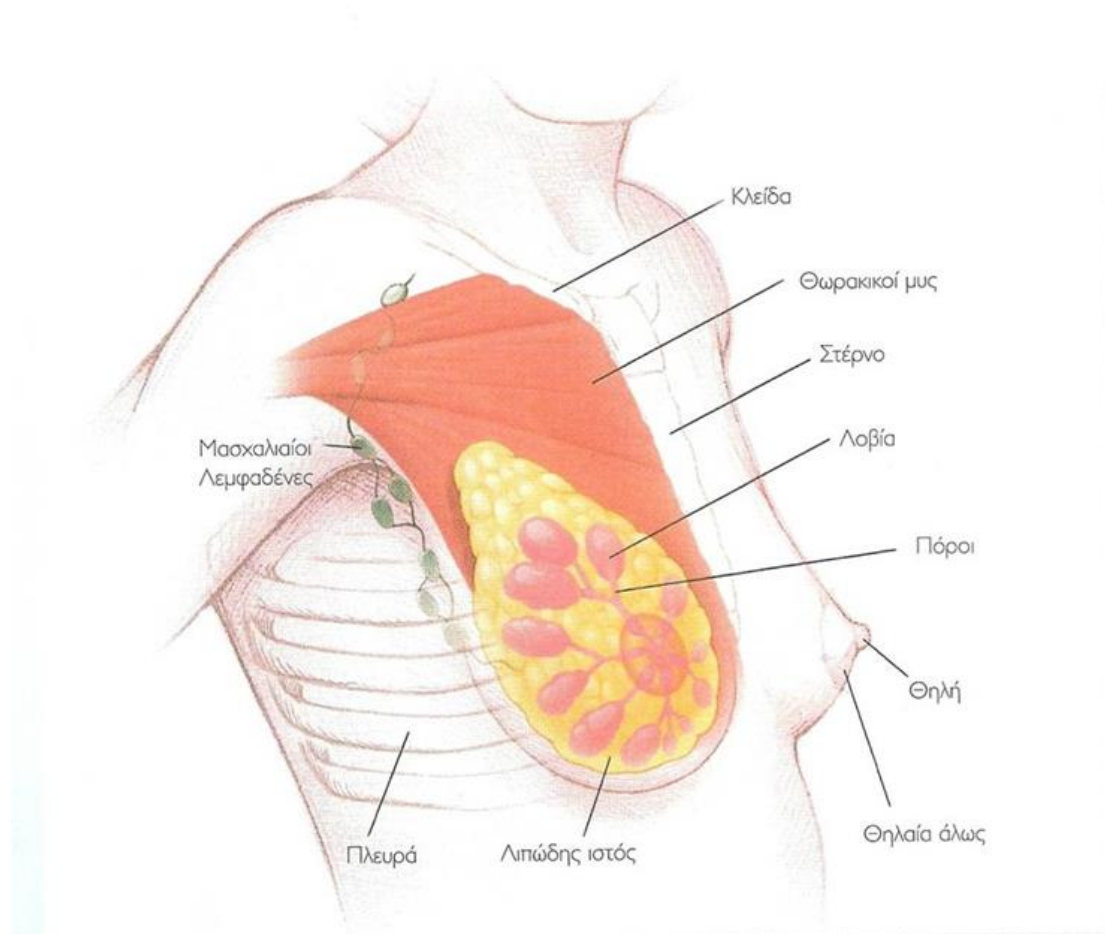
1.4 Ανατομία-Φυσιολογία Μαστού

Ανατομία

Ο μαστός απαρτίζεται από μαστικούς αδένες, συνδετικούς ιστούς και το αντίστοιχο δέρμα. Πίσω από τους θωρακικούς μυς και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα εντοπίζονται οι μαστικοί αδένες. Οι μαστικοί αδένες σχηματίζονται από ένα σύνολο πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων που πλαισιώνονται από ένα στρώμα συνδετικού ιστού το οποίο είναι καλά ανεπτυγμένο. Η σειρά αυτών των στοιχείων συναθροίζεται και έχει ως αποτέλεσμα τον σχηματισμό 15 με 20 γαλακτοφόρων πόρων εκ των οποίων καταλήγουν στη θηλή ο καθένας ξεχωριστά. Η σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή του δέρματος η οποία παρατηρείται γύρω από τη θηλή ονομάζεται θηλαία άλως. Υπάρχουν περιοχές στις οποίες το στρώμα του συνδετικού ιστού εμφανίζεται πιο πυκνό και έχει ως αποτέλεσμα τον σχηματισμό ανεξάρτητων συνδέσμων. Οι σύνδεσμοι αυτοί ονομάζονται κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού. Οι κρεμαστήρες του μαστού συσσωματώνονται με το χόριο του δέρματος και ο ρόλος τους είναι η υποστήριξη του μαστού.

Πάνω στην εν τω βάθει σωματική περιτονία γίνεται η στήριξη του μαστού και συνδέεται με γειτονικούς μυς, όπως ο μείζονας θωρακικός μυς. Μεταξύ της εν τω βάθει σωματικής περιτονίας και του μαστού παρεμβάλλεται χαλαρό στρώμα συνδετικού ιστού. Η έκταση της βάσης του μαστού καταλαμβάνει τη δεύτερη έως την έκτη πλευρά κατακόρυφα και από το στέρνο και προς τα έξω μέχρι τη μέση μασχαλιαία γραμμή εγκαρσίως. Οι γυναίκες που δε θηλάζουν έχουν στο μαστό τους

ως κύριο δομικό στοιχείο το λίπος. Στις γυναίκες που θηλάζουν παρατηρείται πως ο μαστός τους περιέχει αυξημένα επίπεδα αδενικού ιστού (Drake et al., 2006).



Εικόνα 1: Ανατομία του μαστού (Anastasakou, 2021).

Φυσιολογία

Σύμφωνα με τον Πλέσσα (2010), οι μαστοί της γυναίκας αναπτύσσονται κατά την περίοδο της εφηβείας επειδή αυξάνονται τα επίπεδα του αδενικού ιστού. Παρατηρείται αύξηση στο μέγεθός τους τη στιγμή που ξεκινάει ο έμμηνος κύκλος. Τα αίτια που αυξάνονται οι μαστοί είναι η δράση που προκαλείται από την προγεστερόνη και τις οιστρογόνες ορμόνες, των οποίων η έκκρισή τους πραγματοποιείται από τις ωοθήκες. Άλλος παράγοντας είναι πως αιματώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό τις προηγούμενες μέρες της περιόδου. Εφόσον ολοκληρωθεί η εναπόθεση του λίπους που πραγματοποιείται εντός των μαστών, τότε αναπτύσσονται πλήρως σταδιακά. Το μέγεθος τους μειώνεται όταν σταματά η έμμηνος ρύση, δηλαδή στην φάση της εμμηνόπαυσης στην οποία οι ωοθήκες αποκτούν ελαττωμένη λειτουργία.

Μία βασική λειτουργία των μαστών σύμφωνα με τη Sherwood (2016), είναι ο θηλασμός καθώς τα επιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων είναι υπεύθυνα για την παραγωγή του γάλακτος, το οποίο εκκρίνεται στον αυλό αυτών των κυττάρων. Ο αυλός τους, επικοινωνεί με τους γαλακτοφόρους πόρους που περιέχουν το γάλα. Λόγω αυτής της επικοινωνίας το γάλα μεταφέρεται στις θηλές των μαστών. Στη διάρκεια της κύησης τα οιστρογόνα βρίσκονται σε αυξημένα επίπεδα και διεγείρουν την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων. Ταυτόχρονα τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης ωθούν τις κυψελίδες και τα λοβίδια προς το σχηματισμό τους. Για να ολοκληρωθεί η παραγωγή του γάλακτος πρέπει επίσης να αναπτυχθεί ο μαστικός αδένας ώστε να δημιουργηθούν τα κατάλληλα ένζυμα. Δύο ορμόνες που συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή είναι η προλακτίνη και η ανθρώπινη χοριονική σωματομαστοτροπίνη.

1.5 Καρκίνος του μαστού στους άνδρες

Η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στο ανδρικό φύλο αποτελεί μία σπάνια κατάσταση και είναι ο λόγος που η διεξαγωγή ερευνών περί του θέματος είναι περιορισμένη. Οι πληροφορίες που έχουν καταγραφεί προέρχονται από μικρό δείγμα ασθενών. Ωστόσο τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες διαδικασίες με σκοπό την κατανόηση των αποδοτικότερων θεραπευτικών μεθόδων, των διαφορών του καρκίνου του μαστού ανάμεσα στα δύο φύλα σε κλινικό επίπεδο και της βιολογικής υπόστασης της νόσου. Μεταξύ των δύο φύλων ο καρκίνος του μαστού είναι σχετικά ίδιος αλλά υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που τον χαρακτηρίζουν στους άνδρες. Το ποσοστό του καρκίνου στους άνδρες ανέρχεται στο 1% ανάμεσα σε όλους τους τύπους. Η ηλικιακή ομάδα κατά την οποία γίνεται η διάγνωση στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 5 έτη μεγαλύτερη από την ηλικιακή ομάδα των γυναικών. Η μαύρη φυλή έχει παρατηρηθεί να έχει μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του μαστού συγκριτικά με τα άτομα με λευκό δέρμα. Επιπλέον, τα άτομα με συγγενείς που έχουν νοσήσει και είναι πρώτου βαθμού, έχουν πολλές πιθανότητες να νοσήσουν και αυτά. Άλλοι συχνοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν η έκθεση σε ακτινοβολία και μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA όπως και στις γυναίκες (Abdelwahab, 2017) .

Μερικά από τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι η ανάπτυξη μάζας χωρίς ενδείξεις άλγους, εισολκή της θηλής και έκκριση αίματος από αυτή, δερματικές αλλοιώσεις καθώς και διεύρυνση των λεμφαδένων στη μασχαλιαία χώρα. Όταν υπάρχει υποψία για ανάπτυξη της νόσου, τότε συστήνεται να πραγματοποιείται

απεικονιστικός έλεγχος του μαστού. Για άνδρες σε ηλικία μικρότερη των 25 ετών πραγματοποιείται αρχικά υπερηχογράφημα εφόσον ο όγκος που έχει δημιουργηθεί δε δύναται να προσδιοριστεί. Οι άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 25 ετών υποβάλλονται σε μαστογραφία όταν είναι αμφίβολο το πόρισμα της κλινικής εξέτασης. Στην περίπτωση που η μαστογραφία δεν καταφέρει να επιφέρει αναμφίβολα αποτελέσματα τότε πραγματοποιείται υπερηχογραφικός έλεγχος όπως και στην περίπτωση που υπάρχει ενδεχόμενο παρουσίας καρκίνου. Ανάλογα τη βλάβη που παρουσιάζεται στο μαστό, μπορεί να χρειαστεί βιοψία με κόπτουσα βελόνα για να ολοκληρωθεί η διάγνωση. Τα στάδια του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι ίδια με του γυναικείου φύλου. Οι πιο συχνές θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν μαστεκτομή, επέμβαση στους μασχालιαίους λεμφαδένες, χημειοθεραπεία και ενδοκρινική θεραπεία (Giordano, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

2.1 Αίτια-Παράγοντες κινδύνου

Αίτια

Ο μαστικός ιστός περιλαμβάνει αδένες, που λέγονται λοβία, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή του γάλακτος. Τα λοβία συνδέονται με τη θηλή μέσω αγωγών που βρίσκονται επίσης στο μαστό. Οι αγωγοί αυτοί καλύπτονται από τα επιθηλιακά κύτταρα καθώς και τα λοβία και από αυτά τα κύτταρα μπορεί να προκύψει ο καρκίνος του μαστού. Λοβία και αγωγοί υπάρχουν και στους άνδρες, αλλά δεν μπορούν να αναπτυχθούν περαιτέρω αφού ξεκινήσει η περίοδος της εφηβείας επειδή τα επίπεδα προγεστερόνης και οιστρογόνων είναι χαμηλά. Παρ' όλα αυτά, παρουσιάζουν μαζικό ιστό κάτω από την περιοχή της θηλής ο οποίος μπορεί να ψηλαφηθεί. Συνοψίζοντας, το επιθήλιο των πόρων είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνο για το μεγαλύτερο ποσοστό των κακοηθών όγκων που προκύπτουν και στα δύο φύλα, ενώ από το κυψελιδικό λοβιακό επιθήλιο προκύπτει γύρω στο 10% των όγκων. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί τύποι καρκίνων για τους οποίους η αιτιολογία είναι άγνωστη (Osborn, 2016).

Παράγοντες κινδύνου

Ο μηχανισμός με τον οποίο αναπτύσσεται ένας όγκος είναι κατά κανόνα ο υπέρμετρος πολλαπλασιασμός των γαλακτοφόρων πόρων και μετέπειτα, η εξέλιξη σε καλοήγη όγκο ή μεταστατικά καρκινώματα. Για να συμβεί αυτό χρειάζεται επίσης να υπάρχει συμβολή ορισμένων παραγόντων που οδηγούν σε καρκίνο. Οι παράγοντες αυτοί συμπεριλαμβάνουν πολλά στοιχεία εκ των οποίων τα πέντε σημαντικότερα είναι το οικογενειακό ιστορικό, παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, η ηλικία, ο τρόπος ζωής και τα οιστρογόνα (Sun et al., 2017).

Γενικότερα, οι παράγοντες κινδύνου αφορούν στοιχεία τα οποία δεν συσχετίζονται απαραίτητα μεταξύ τους. Παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία και έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν το καθένα ξεχωριστά στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Αναλυτικότερα βάση των Akram et al. (2017); Kolak et al. (2017), είναι τα εξής:

➤ Ηλικία

Γενικότερα όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης. Ο καρκίνος του μαστού παρατηρείται πιο συχνά σε γυναίκες 40 με 55 ετών. Η ηλικία με τη μέγιστη συχνότητα είναι τα 50 έτη καθώς, σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, ανά 1000 γυναίκες των 50 ετών οι 2 νοσούν.

➤ Φύλο

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και στα δύο φύλα. Ωστόσο οι γυναίκες έχουν 100 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν συγκριτικά με τους άνδρες σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες.

➤ Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην καρκινογένεση. Ο μηχανισμός για να συμβεί αυτό είναι η αδυναμία ρύθμισης μιας ορμόνης που είναι υπεύθυνη για την καύση του λίπους και των αυξημένων επιπέδων ινσουλίνης. Επίσης στις παχύσαρκες γυναίκες ο λιπώδης ιστός κατά την εμμηνόπαυση, που φυσιολογικά σταματάει η παραγωγή των ορμονών, έχει την δυνατότητα να παράγει τα οιστρογόνα λόγω εναπόθεσης τους. Αυτή η μη φυσιολογική παραγωγή μπορεί να προκαλέσει καρκίνο.

➤ Κληρονομικότητα

Όταν ένα μέλος της οικογένειας έχει νοσήσει σε νεαρή ηλικία και είχαν προσβληθεί και οι δύο οι μαστοί, η πιθανότητα αυξάνεται. Κυρίως κινδυνεύουν οι συγγενείς πρώτου βαθμού. Ακόμα όμως και συγγενείς δευτέρου βαθμού μπορούν να ενισχύσουν την πιθανότητα εμφάνισης.

Υπάρχει ένα γονίδιο, το BRCA-1 το οποίο έχει αναγνωρισθεί ως η αιτία του 5-10% της νόσου και γίνεται η μεταφορά του από τον έναν ή τον άλλο γονέα στην γενιά που θα ακολουθήσει. Γενικότερα, οι γυναίκες που φέρουν το γονίδιο BRCA-1 ή το γονίδιο BRCA-2 διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο.

➤ Θετικό οικογενειακό ιστορικό

Οι γυναίκες που προέρχονται από οικογένεια με ιστορικό ενός τύπου καρκίνου τότε έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και εκείνες. Συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν έχουν θετικό ιστορικό έχουν 2 με 4 φορές περισσότερες αυξημένο κίνδυνο.

➤ Αλκοόλ

Το αλκοόλ οδηγεί σε άνοδο των επιπέδων των οιστρογόνων τα οποία συσχετίζονται με την ανάπτυξη καρκινογένεσης.

➤ Ορμονικά σκευάσματα

Ο καρκίνος μπορεί να προκληθεί από τη διέγερση του μαστικού ιστού. Ένας τρόπος να πραγματοποιηθεί διέγερση είναι η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών ή η αγωγή υποκατάστασης οιστρογόνων μαζί με διατροφή που περιλαμβάνει αυξημένα επίπεδα λιπαρών και μειωμένα επίπεδα φυτικών ινών.

➤ Εμμηνορροϊκός κύκλος

Τα κορίτσια που είχαν πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσης έχουν αυξημένο κίνδυνο. Ο κίνδυνος είναι γενικά αυξημένος στην περίοδο πριν την εμμηνόπαυση και μικρότερος μετά. Είναι μειωμένος όταν μια γυναίκα υποβάλλεται σε χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών και συνεπώς σε διακοπή της εμμηνορρυσίας.

➤ Τεκνοποίηση

Οι γυναίκες που έχουν γεννήσει το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών ή δεν έχουν γεννήσει ποτέ, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο στο μαστό από εκείνες που έχουν τεκνοποιήσει πριν την ηλικία των 20. Έχει παρατηρηθεί πως ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης.

Επιπρόσθετοι παράγοντες

- ❖ Οι γυναίκες που έχουν νοσήσει στο παρελθόν από καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο στον άλλο μαστό, καθώς ο καρκίνος στον ένα μαστό αυξάνει τον κίνδυνο επί τέσσερα να εμφανιστεί και στον άλλο μαστό.
- ❖ Ορισμένες καλοήθειες παθήσεις του μαστού έχουν πιθανότητα μετατροπής σε κακοήθεια.
- ❖ Έχουν 1 με 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο των ωοθηκών, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου.
- ❖ Αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο του καρκίνου η ακτινοθεραπεία σε νεαρή ηλικία.

- ❖ Παράγοντα κινδύνου αποτελεί και η έλλειψη της βιταμίνης D και πιο συγκεκριμένα σε γυναίκες που δεν εκτίθενται στον ήλιο.

2.2 Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου έχει δύο βασικούς στόχους, την ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος του πληθυσμού καθώς και τον περιορισμό των αιτιών που προκαλούν τη νόσο. Ασχολείται με τη διατροφή που ενδείκνυται για άτομα που νοσούν από καρκίνο του μαστού, με την αρνητική επίπτωση της παχυσαρκίας και της υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ στον οργανισμό, καθώς και με τον τρόπο που επηρεάζεται η νόσος από την σωματική δραστηριότητα (Kolak et al., 2017).

❖ Διατροφή

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Ταμείου Έρευνας για τον καρκίνο η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα σχετίζονται με την εξέλιξη του καρκίνου. Η υιοθέτηση μιας υγιεινής διατροφής συμβάλλει ώστε να μπορεί ο ασθενής να διατηρεί το σωματικό του βάρος σε κατάλληλα επίπεδα. Προτείνεται να περιλαμβάνει επαρκή ποσότητα φρούτων και λαχανικών, περιορισμένη ποσότητα κόκκινου κρέατος και άλατος και καθόλου επεξεργασμένο κρέας. Σημαντική επίσης είναι η κατανάλωση οσπρίων και δημητριακών. Η λήψη γλυκών ποτών θα πρέπει να αποφεύγεται όπως και τα αλκοολούχα ποτά και τα τρόφιμα με υψηλή ποσότητα θερμίδων.

Υπάρχουν διατροφικοί παράγοντες όπως τα βρώσιμα λίπη που έχουν την ικανότητα να δημιουργήσουν αναστρέψιμες επιγενετικές τροποποιήσεις που καταλήγουν στην ανάπτυξη όγκων. Τα κυριότερα λίπη που συμβάλλουν στην ανάπτυξη όγκου του μαστικού αδένα είναι τα τρανς λιπαρά οξέα (trans fatty acids). Ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν τον οργανισμό είναι η πρόκληση διαταραχών που πραγματοποιούνται μέσω των μεταβολικών διαδικασιών, η άνοδος του αριθμού των λιπιδίων στο αίμα, η ανάπτυξη φλεγμονής, η αύξηση του σωματικού βάρους, η μη φυσιολογική λειτουργία του αγγειακού ενδοθηλίου και η αντίσταση στην ινσουλίνη. Άλλο ένα στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καρκίνου, είναι τα προϊόντα με αυξημένο γλυκαιμικό δείκτη. Είναι επίσης απαραίτητες στη διατροφή οι φυτικές ίνες. Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φυτικών ινών ελαττώνει τα κυκλοφορούντα οιστρογόνα και ενισχύει τα φυτοοιστρογόνα τα οποία έχουν αντικαρκινική δράση.

Επιπλέον οι φυτικές ίνες προκαλούν βακτηριακή ζύμωση με αποτέλεσμα να παραχθεί βουτυρικό οξύ. Το βουτυρικό οξύ έχει την ικανότητα να περιορίζει τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και να απομακρύνει τα νεκρά κύτταρα (Sauter, 2018).

❖ Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ανήκει στους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού. Το αίτιο που οδηγεί σε αυτή, είναι η διατροφή που βασίζεται σε γεύματα με αυξημένα επίπεδα θερμιδικής αξίας. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, η επιλογή μιας διατροφής χαμηλή σε θερμίδες μπορεί να περιορίσει την εμφάνιση νεοπλασίας. Ο τρόπος με τον οποίο συσχετίζεται η παχυσαρκία με τον καρκίνο είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη καθώς και τα αυξημένα επίπεδά της, η ύπαρξη χρόνιας φλεγμονής, η τροποποίηση του μεταβολισμού των ορμονών του φύλου, η παρουσία οξειδωτικού στρες και οι τροποποιήσεις στην ανοσολογική απόκριση, στην απελευθέρωση λιποκυτταροκινών και παραγόντων αγγειακής διαπερατότητας.

Εκτός του περιορισμού της παχυσαρκίας ως παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού, το φυσιολογικό βάρος του σώματος βοηθά στην καλύτερη πρόγνωση της νόσου, καθώς και στην πρόληψη υποτροπών. Ένας ασθενής με φυσιολογικό σωματικό βάρος έχει λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσει επιπλοκές στον καρκίνο αλλά ακόμα και σε άλλες παθήσεις όπως οι καρδιαγγειακές και ο διαβήτης (Sauter, 2018).

❖ Αλκοόλ

Μαζί με βιολογικούς παράγοντες όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος. Στην περίοδο μετά την εμμηνόπαυση η λήψη 10 γραμμαρίων αλκοόλ καθημερινά αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά 8%, στην περίοδο πριν την εμμηνόπαυση κατά 9% και γενικότερα στη διάρκεια ζωής της γυναίκας κατά 10%. Οι τρόποι με τους οποίους ο καρκίνος του μαστού πυροδοτείται από την αιθανόλη είναι ο σχηματισμός δευτερευόντων προϊόντων του μεταβολισμού της αιθανόλης και η επίδραση στο σύνολο των οιστρογόνων και των υποδοχέων τους. Οι μεγάλες ποσότητες αλκοόλ γενικά αυξάνουν τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών και μπορεί να οδηγήσουν στην καρκινογένεση. Σύμφωνα με έρευνες ο τύπος καρκίνου που έχει διαγνωσθεί με μεγαλύτερη συχνότητα λόγω υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ, είναι αυτός του μαστικού αδένου (Colditz & Bohlke, 2014).

❖ Σωματική δραστηριότητα

Η ψυχική υγεία μιας γυναίκας που πάσχει από κακοήθες όγκο έχει την δυνατότητα να επηρεαστεί θετικά από την σωματική δραστηριότητα. Παρατηρείται πιο έντονα σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, σε εκείνες με οικογενειακό ιστορικό της νόσου με καλή σωματική κατάσταση και σε εκείνες που έχουν γεννήσει ένα τουλάχιστον παιδί. Μελέτες δείχνουν πως η πραγματοποίηση ασκήσεων μέτριας έως μεγάλης έντασης ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου κατά 10% με 25%. Επηρεάζεται η πιθανότητα βέβαια και από τη διάρκεια και την ένταση της σωματικής άσκησης. Συνιστώνται από το World Cancer Research Fund International (WCRF) δύο μέθοδοι πρόληψης για όλους όμως τους καρκίνους και αυτοί είναι η μισή ώρα σωματικής άσκησης και η αποφυγή της καθιστικής ζωής. Επιπλέον βάση άλλης έρευνας υπάρχει συσχέτιση της σωματικής δραστηριότητας με τον περιορισμό της πιθανότητας να επέλθει θάνατος από μια κακοήθεια ιδιαίτερα σε γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της εμμηνόπαυσης (Colditz & Bohlke, 2014).

2.3 Δευτερογενής Πρόληψη

Ο στόχος της δευτερογενής πρόληψης είναι να πραγματοποιηθεί διακοπή της ανάπτυξης του καρκίνου πριν προηγηθεί ανίχνευση όλων των συμπτωμάτων του, με αποτέλεσμα να γίνει αποτροπή ή παρεμπόδιση της ανάπτυξης του όγκου. Βασικός άξονας είναι ο έλεγχος και αφορά τα άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Αναμένεται από την εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης να περιοριστεί η θνησιμότητα επειδή θα έχει γίνει πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου (Kolak et al., 2017).

❖ Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι μια διαγνωστική μέθοδος η οποία έχει αποδεδειγμένα τη δυνατότητα να περιορίζει το ποσοστό των θανάτων από καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να μειώσει αυτό το ποσοστό κατά 19%. Οι γυναίκες που βρίσκονται περίπου στην ηλικία των 60 ετών έχουν μεγαλύτερο πλεονέκτημα από εκείνες που βρίσκονται γύρω στην ηλικία των 40 ετών καθώς το ποσοστό ελαττώνεται κατά 32% και 15% αντίστοιχα. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου (ACS) προτείνει ως ενδεικτική ηλικία για να αρχίσει μία γυναίκα να υποβάλλεται σε μαστογραφία τα 45 έτη, εκτός εάν κάποια επιθυμεί να ξεκινήσει νωρίτερα (McDonald et al., 2016).

❖ Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία ή αλλιώς υπερηχογράφημα, δεν περιλαμβάνει έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία και είναι μη επεμβατική, συνεπώς καθίσταται ασφαλής μέθοδος εξέτασης. Συνήθως η εφαρμογή της είναι συμπληρωματική σε ένα σύνολο άλλων διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπλέον είναι σημαντική στη διαδικασία της βιοψίας καθώς γίνεται παρακολούθηση της καθ' όλη την διεξαγωγή της. Διαχωρίζει εάν πρόκειται για συμπαγή όγκο ή κυστικό, και συμβάλλει στην εκτίμηση τους πριν γίνει χειρουργική επέμβαση παράλληλα με την παρακολούθηση και αφού έχει ολοκληρωθεί η θεραπευτική αποκατάσταση. Για τις γυναίκες που έχουν πολλές πιθανότητες να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού, το υπερηχογράφημα είναι μια πολύ σημαντική εξέταση διότι έχει τη δυνατότητα εκτίμησης των αυξημένων επιπέδων πυκνότητας του μαστού ενώ η μέθοδος της μαστογραφίας δεν είναι τόσο αποτελεσματική σε αυτό το κομμάτι. Το μειονέκτημα που έχει κυρίως είναι πως δεν αποτελεί εξειδικευμένη εξέταση. Αναγνωρίζει νεοπλασματικές βλάβες με ποσοστό ευαισθησίας 36% (Shah, 2014).

❖ Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού

Η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού ή αλλιώς μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι μια εξέταση που δεν περιλαμβάνει έκθεση σε ακτινοβολία και είναι μη επεμβατική όπως το υπερηχογράφημα. Βοηθάει στη μέθοδο της μαστογραφίας ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση των κακοηθών παθήσεων. Είναι βέβαια πιο επεμβατική διαδικασία επειδή για την πραγματοποίησή της χρησιμοποιείται σκιαγραφικό μέσο ενδοφλεβίως. Έχει μεγάλη ευαισθησία που το ποσοστό της αγγίζει το 88,1%. Προσδίδει μεγάλη ακρίβεια στην απεικόνιση μαλακών ιστών συγκριτικά με άλλες εξετάσεις που δεν έχουν αυτή την ικανότητα (Kolak et al., 2017).

❖ Αυτοεξέταση μαστού

Η αυτοεξέταση μαστού είναι μία εξέταση που πραγματοποιείται από την ίδια τη γυναίκα. Δεν αποτελεί ολοκληρωμένη διάγνωση αλλά συμπληρώνει τη διαδικασία ανίχνευσης κακοήθειας στο μαστό στην αρχή της ανάπτυξης του. Δεν έχει κόστος και μπορούν να την πραγματοποιήσουν όλες οι γυναίκες χωρίς να έχουν εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι. Με τη διαδικασία αυτή, οι γυναίκες ανακαλύπτουν σωστά τα δομικά στοιχεία του μαστού με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την ύπαρξη βλαβών. Σύμφωνα με

έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε ευρωπαϊκές χώρες προτείνεται από τους ειδικούς στις γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 20 ετών να αυτοεξετάζονται μία φορά κάθε μήνα και κυρίως την επόμενη μέρα της λήξης της εμμηνόρροιας. Η μηνιαία αυτοεξέταση αφορά και τις γυναίκες που βρίσκονται στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και πιο συγκεκριμένα προτείνεται να την εφαρμόζουν την ίδια μέρα κάθε φορά. Τα μειονεκτήματα της αυτοεξέτασης είναι πως έχει χαμηλό ποσοστό ευαισθησίας που κυμαίνεται στο 12% με 14% και πολλά από τα αποτελέσματα είναι ψευδή λόγω υπερδιάγνωσης. Για να έχουμε ολοκληρωμένη και ορθή διάγνωση θα πρέπει να πραγματοποιείται επιπλέον αντικειμενική απεικονιστική εξέταση (Dahlui et al., 2011).

Βήματα αυτοεξέτασης

Πρώτο βήμα: Η γυναίκα πρέπει να ξαπλώσει και να τοποθετήσει το δεξί της χέρι πίσω από το κεφάλι της. Ο λόγος που συστήνεται αυτή η στάση αυτοεξέτασης είναι ο ομοιόμορφος τρόπος που απλώνονται οι μαστικοί ιστοί επάνω στο θωρακικό τοίχωμα με αποτέλεσμα να γίνονται πιο λεπτοί και να βοηθούν στην καλύτερη ψηλάφηση.

Δεύτερο βήμα: Η ψηλάφηση ξεκινά με τη βοήθεια των ακροδαχτύλων του δείκτη, του μέσου, και του παράμεσου. Χρησιμοποιείται δηλαδή το αριστερό χέρι για να ψηλαφήσει τον δεξιό μαστό για τυχόν παρουσία μαζών.

Τρίτο βήμα: Για να αισθανθεί η γυναίκα τον μαστικό ιστό, θα πρέπει με τα ακροδάχτυλα να ξεκινήσει επικαλυπτόμενες κυκλικές κινήσεις που η περίμετρός τους δεν θα ξεπερνά την περίμετρο ενός κέρματος.

Τέταρτο βήμα: Για να αισθανθεί ολόκληρο το μαστικό ιστό, θα πρέπει να ασκήσει πίεση σε τρεις διαφορετικές βαθμίδες. Κατά την πρώτη βαθμίδα, η οποία είναι ελαφριά, θα αισθανθεί τον ιστό που βρίσκεται κοντά στο δέρμα. Κατά την δεύτερη βαθμίδα που η πίεση είναι ενδιάμεση, η ψηλάφηση γίνεται σε πιο βαθύ σημείο. Κατά την τελευταία βαθμίδα που ασκείται και η περισσότερη αλλά και σταθερή πίεση, θα αισθανθεί το κομμάτι του ιστού που βρίσκεται κοντά στο θώρακα και τις πλευρές.

Πέμπτο βήμα: Μετά τις κυκλικές κινήσεις για να εξασφαλισθεί ότι έχει ελεγχθεί ολόκληρος ο μαστός, προτείνεται μετακίνηση των ακροδαχτύλων προς τα πάνω και προς τα κάτω. Στη συνέχεια όλα τα βήματα θα πρέπει να ακολουθηθούν ξανά για τον αριστερό μαστό αφού πρώτα τοποθετήσει η γυναίκα το αριστερό της χέρι πίσω από το κεφάλι της. Στον αριστερό μαστό χρησιμοποιείται το δεξί χέρι.

Το δεύτερο μέρος της διαδικασίας απαιτεί να σταθεί η γυναίκα μπροστά από καθρέφτη και τοποθετώντας τα χέρια της επάνω στους γοφούς της να παρατηρήσει τους μαστούς για τυχόν αλλαγές του μεγέθους τους ή το σχήμα και το περίγραμμα. Σε όρθια θέση επίσης εξετάζονται και οι μασχάλες με ψηλάφηση. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη του καρκίνου και είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται ενημέρωση σε όλες τις γυναίκες. Ακόμα και εκείνες που έχουν τοποθετήσει εμφυτεύματα έχουν τη δυνατότητα να κάνουν με τα βήματα που προαναφέρθηκαν. Σημαντική είναι η τακτική αυτοεξέταση μαστών από τις γυναίκες που κυοφορούν ή θηλάζουν. Ο σκοπός της αυτοεξέτασης είναι αφενός να υπάρχει επίγνωση για την φυσιολογική εικόνα των μαστών της κάθε γυναίκας ώστε να μπορεί να αναγνωρίσει πιθανές παθολογικές καταστάσεις και αφετέρου η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο δύναται να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής (Osborn et al, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1 Κλινική Εικόνα

Στον καρκίνο του μαστού που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και ο όγκος που έχει αναπτυχθεί είναι μικρός σε μέγεθος, δεν παρουσιάζονται συμπτώματα και υπάρχουν πολλές πιθανότητες να αντιμετωπισθεί. Όταν έχει διαγνωσθεί μία γυναίκα με διηθητικό καρκίνο, τότε η μάζα που σχηματίζεται είναι ανομοιομορφη, σκληρή και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Συνηθέστερα, το σημείο που εμφανίζονται οι όγκοι είναι το άνω και έσω τεταρτημόριο του μαστού. Οι γυναίκες μπορούν μόνες τους με τη μέθοδο της αυτοεξέτασης του μαστού να εντοπίσουν τον όγκο ως πύκνωση στο μαστικό ιστό. Όταν το στάδιο του καρκίνου είναι προχωρημένο τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί απόφραξη των λεμφικών πόρων με αποτέλεσμα την αλλαγή του δέρματος. Μπορεί να μοιάζει δηλαδή με φλοιό από πορτοκάλι. Καρκινικές βλάβες μπορούν να εντοπιστούν παράπλευρα στον κτενιαίο σύνδεσμο και προκαλούν τον σχηματισμό εσοχών στους μαστούς. Η εισολκή και η αναστροφή μπορούν να εμφανιστούν εάν οι καρκινικές βλάβες ή ο όγκος εντοπίζονται κεντρικά στο μαστό. Σε άλλες περιπτώσεις, εντοπίζεται όγκος στη μασχάλη και τότε συμπεραίνουμε πως υπάρχει εξάπλωση του καρκίνου σε λεμφαδένες (Osborn et al, 2016).

Ένα ποσοστό γυναικών που νοσεί, δηλαδή το 30% περίπου, παρουσιάζει στο μαστό μια ψηλαφητή μάζα. Υπάρχουν ακόμα σημεία πάνω στο δέρμα στην περιοχή του μαστού που υποδηλώνουν καρκίνο του μαστού όπως:

- ❖ Οίδημα
- ❖ Ερυθρότητα
- ❖ Έκκριση υγρού από τη θηλή
- ❖ Εισολκή της θηλής
- ❖ Χρωματικές αλλαγές στο δέρμα
- ❖ Εσοχές στο δέρμα
- ❖ Δέρμα σαν φλοιός πορτοκαλιού

Όταν το δέρμα παρομοιάζεται με φλοιό πορτοκαλιού τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο ασθενής να νοσεί από φλεγμονώδη καρκίνο ή τη νόσο του Paget της θηλής. Η εκροή υγρού από τη θηλή μπορεί να υποδηλώνει θηλώδες καρκίνωμα

του μαστού. Στην περίπτωση που παρατηρηθεί εξέλιξη στο μαστό τότε υπάρχει ένδειξη προχωρημένης ασθένειας. Επίσης, ψηλαφητή μάζα μπορεί να παρουσιαστεί και σε κακοήγη πάθηση αλλά και σε καλοήγη οπότε προκειμένου να προσδιοριστεί αυτό, θα πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σε υπερηχογράφημα και σε μαστογραφία. Οι καλοήθεις παθήσεις που περιλαμβάνουν τον εντοπισμό μάζας μπορεί να είναι ινοαδένωμα, κύστεις, ενδοπορικό θήλωμα μαστού ή και ινοκυστικές αλλαγές (Watkins, 2019).

Κυριότερα κλινικά χαρακτηριστικά ανά τύπο καρκίνου:

➤ Μη Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα in situ (LCIS)

Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δηλαδή στο 60 με 80%, παρουσιάζονται τουλάχιστον δύο όγκοι και σε ξεχωριστά τεταρτημόρια του μαστού. Η νόσος με αυτά τα χαρακτηριστικά ονομάζεται πολυκεντρική. Οι υπόλοιποι ασθενείς εμφανίζουν αμφίπλευρο όγκο. Πολλές φορές είναι δύσκολη η ανίχνευση από μαστογραφία αλλά έχουν γίνει αναφορές πρόσφατα για τον εντοπισμό κοκκωδών και άμορφων επασβεστώσεων (Wen & Brogi, 2018).

➤ Μη Διηθητικό Πορογενές Καρκίνωμα in situ (DCIS)

Η κλινική εικόνα του συγκεκριμένου τύπου είναι αρκετά περιορισμένη. Οι γυναίκες που νοσούν είναι συνήθως ασυμπτωματικές και η διάγνωση γίνεται τυχαία κατά τον τυπικό μαστογραφικό έλεγχο. Αναπτύσσεται όγκος και το μέγεθος του σε συνδυασμό με τη φάση της εμμηνόπαυσης που βρίσκεται η γυναίκα, μπορεί να εκτιμηθεί εάν θα υποτροπιάσει (Solin, 2019).

➤ Διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα Μαστού (ILC)

Είναι ένας ακόμη τύπος που μπορεί να είναι πολυκεντρικός. Ο όγκος είναι μικρού μεγέθους και μη καλοσηματισμένος. Σε ποσοστό περίπου 10% και 20% ανευρίσκεται αμφίπλευρος. Κατά κύριο λόγο είναι πολυεστιακός, παρουσιάζει δύο όγκους ταυτοχρόνως. Μπορεί να βρίσκονται μαζί στον ίδιο μαστό ή ξεχωριστά (Thomas et al., 2019).

➤ Διηθητικός Πορογενής Καρκίνος Μαστού (IDC)

Παρουσιάζει ψηλαφητή μάζα της οποίας το σχήμα μπορεί να είναι ακανόνιστο. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται αλλαγή στη θηλή και κυρίως οίδημα χωρίς την παρουσία όγκου (Zhang et al., 2014).

➤ Μυελοειδές καρκίνωμα μαστού

Ο όγκος που αναπτύσσεται κατά το μυελοειδές καρκίνωμα, είναι συνήθως μικρότερος από 3 εκατοστά. Μπορεί να είναι σε στρογγυλό σχήμα, οβάλ ή το περίγραμμά του να φαίνεται συμπιεσμένο σε διάφορα σημεία (Linaiem & Milka, 2020).

➤ Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα μαστού

Σε αυτόν τον τύπο καρκίνου εντοπίζονται βλεννογόνοι όγκοι. Το μέγεθος τους μπορεί να είναι μικρότερο από 1 εκατοστό αλλά υπάρχουν πιθανότητες να ξεπεράσει και τα 20 εκατοστά. Είναι συχνό φαινόμενο πως αναπτύσσεται με αργό ρυθμό αλλά έχει τη δυνατότητα να αυξήσει το μέγεθος του κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Linaiem & Ahmad, 2020).

➤ Σωληνώδες καρκίνωμα μαστού

Στη μαστογραφία παρατηρείται μάζα σε σχήμα οβάλ, στρογγυλό ή συμπιεσμένο. Έχουν πολύ μικρό μέγεθος οι όγκοι καθώς δεν ξεπερνούν τα 2 εκατοστά. Στην αρχή της νόσου δεν εμφανίζονται συμπτώματα και μπορεί να ανιχνευθεί κατά την αυτοεξέταση ή από τον γιατρό σε τυπικό έλεγχο (Limaiem & Milka, 2020).

➤ Θηλώδες καρκίνωμα μαστού

Πιο συχνά παρουσιάζεται σε γυναίκες αφού μπουν στην εμμηνόπαυση. Αναπτύσσεται όγκος και συνοδεύεται από αιμορραγική έκκριση της θηλής (Ingle et al., 2016).

➤ Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

Παρουσιάζει σκλήρυνση στο δέρμα της περιοχής του μαστού και δεν υπάρχει πάντα κάποιος όγκος. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί ακόμα λοίμωξη, εξάνθημα και ερυθρότητα στο δέρμα (van Den et al., 2015).

➤ Νόσος Paget της θηλής

Ορισμένα βασικά κλινικά ευρήματα αυτής της νόσου είναι η παρουσία ερυθρότητας και εκζέματος στη θηλή. Εντοπίζεται σκλήρυνση τους δέρματος καθώς και απολέπιση στην περιοχή της θηλής. Επιπλέον η θηλή μπορεί να εμφανίσει αιματηρή έκκριση, να συρρικνωθεί ή και να αλλάξει το χρώμα της και να γίνει εντονότερο. Τέλος, συνοδεύεται από συμπτώματα όπως άλγος, κνησμός και αίσθημα καψίματος (Sandoral-Leon et al., 2013).

3.2 Εξετάσεις

Η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω δύο τρόπων. Η μία περίπτωση είναι να έχει εμφανιστεί κάποιο σύμπτωμα στο άτομο και να οδηγηθεί στην εξέταση του και η άλλη είναι να έχει προγραμματίσει προσυμπτωματικό έλεγχο και να γίνει η διάγνωση μέσω αυτού. Όταν μία γυναίκα παρουσιάζεται υγιής τότε πιθανόν ο όγκος να εντοπίζεται σε μικρό μέγεθος. Επιπλέον ο κίνδυνος μετάστασης είναι μικρός και ίσως να μην χρειάζεται να φτάσει στη χημειοθεραπεία καθώς η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει μόνο κάποια μικρή παρέμβαση στους μασχαλιαίους αδένες και ταυτόχρονη διατήρηση του μαστού (McDonald, 2016).

✓ Ιστορικό

Αρχικά, λαμβάνονται πληροφορίες όπως η ηλικία που ξεκίνησε η εμμηνόπαυση, ορμονικές θεραπείες που λήφθηκαν μετά την εμμηνόπαυση, ιστορικό εγκυμοσυνών και αν είχε πραγματοποιηθεί λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα. Ο σκοπός είναι να εξεταστεί το μέγεθος της απειλής της κακοήθειας και να προσδιοριστεί η παρουσία ενδεικτικών εκδηλώσεων της νόσου ή αντιθέτως η έλλειψη τους. Το οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό θα πρέπει να λαμβάνονται πολύ προσεκτικά και είναι απαραίτητο να γίνεται καταγραφή όλων των λεπτομερειών. Οι πληροφορίες που συλλέγονται στο οικογενειακό ιστορικό σχετίζονται με την παρουσία καρκίνου του μαστού και των ωθηκών σε συγγενείς της ασθενούς που είναι πρώτου βαθμού. Στο προσωπικό ιστορικό περιλαμβάνονται η ηλικία που διαγνώστηκε το άτομο, βιοψίες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν και η εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων όπως η ακτινοβολία για την αντιμετώπιση κάποιου άλλου είδους καρκίνου (Akram et al., 2017).

✓ Κλινική εξέταση

Έχει παρατηρηθεί πως η κλινική εξέταση διεξάγεται επιτυχώς εάν ο επαγγελματίας υγείας είναι έμπειρος και εφαρμόζει σωστές τεχνικές. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει τη μέθοδο της επισκόπησης και τη μέθοδο της ψηλάφησης. Για την ψηλάφηση προτείνεται στον εξεταστή να ακολουθεί ένα μοτίβο ασκώντας πίεση με τα ακροδάχτυλά του, ώστε να γίνεται αποτελεσματικά η αναζήτηση βλαβών. Η ευαισθησία της ψηλάφησης εξαρτάται από το χρονικό διάστημα που θα διαρκέσει η εξέταση. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση που το χρονικό διάστημα μειώνεται, τότε μειώνεται ταυτόχρονα και η ευαισθησία και το αποτέλεσμα έχει περισσότερες πιθανότητες να είναι λανθασμένο. Γενικότερα, η κλινική εξέταση θεωρείται απαραίτητη σε γυναίκες που έχουν εντοπίσει κατά την αυτοεξέταση κάποια ψηλαφητή μάζα ή άλλα σημεία και συμπτώματα. Αυτό συμβαίνει επειδή ενδέχεται από το μαστογραφικό έλεγχο να μην ανιχνευθεί ένα μικρό ποσοστό κακοηθειών ενώ η εκάστοτε ασθενής να έχει ανιχνεύσει μόνη της κάποια βλάβη. Για τη διεξαγωγή της εξέτασης θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να προσεγγίσει κατάλληλα την ασθενή. Αρχικά οφείλεται να γίνει σωστή ενημέρωση για τη διαδικασία και να συλλεχτούν πληροφορίες σχετικά με τον εντοπισμό βλαβών από την ίδια την ασθενή. Προτείνεται στις ασθενείς να υποβάλλονται σε κλινική εξέταση 5 με 7 μέρες αφού ξεκινήσει η έμμηνος ρύση τους διότι το διάστημα πριν ξεκινήσει, υπάρχει διόγκωση και των δύο μαστών και παρουσιάζουν οζίδια (Quigley-Hogan et al., 2018).

✓ Επισκόπηση μαστού και θηλών

Η επισκόπηση γίνεται με την ασθενή να βρίσκεται καθιστή και ελέγχονται οι μαστοί και οι θηλές. Τα στοιχεία που δίνεται προσοχή είναι τυχόν αλλοιώσεις στο δέρμα του μαστού, αλλαγές στο περίγραμμα και τη συμμετρία και η ύπαρξη εισολκών. Για να είναι επιτυχής η επισκόπηση, η ασθενής θα πρέπει να σταθεί με τα χέρια στο πλάι του σώματος της και στη συνέχεια πάνω από το κεφάλι της. Μετά θα πρέπει να τοποθετήσει τα χέρια στους γοφούς ασκώντας πίεση και τέλος να πραγματοποιήσει κάμψη του κορμού μπροστά. Όταν έχει τα χέρια της στο πλάι τότε επισκοπείται το δέρμα ως προς το χρώμα του, στο πάχος του και την παρουσία πόρων οι οποίοι εξέχουν και αυξάνουν την πιθανότητα να έχουν αποφράξει τα λεμφαγγεία. Έπειτα ελέγχεται η συμμετρία του κάθε μαστού και το μέγεθος του. Όσον αφορά το περίγραμμα, ο επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να ανιχνεύσει τυχόν όγκους ή πτυχώσεις. Η επισκόπηση των θηλών αποσκοπεί στην παρατήρηση αλλαγών στο

μέγεθός τους και το σχήμα τους, παρατήρηση έκκρισης από αυτές και ανίχνευση σημείων όπως η εξέλκωση. Εάν η ασθενής αναφέρει πως έχει παρατηρήσει έκκριση, τότε ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να προσδιορίσει το ακριβές σημείο το οποίο προέρχεται και να αξιολογήσει το υγρό που εξέρχεται. Οι άλλες τρεις θέσεις επισκόπησης έχουν στόχο την διαπίστωση παρουσίας εισολκής και εξέλκωσης οι οποίες δεν είναι εύκολα αντιληπτές (Quigley-Hogan et al., 2018).

✓ Ψηλάφηση μαστού και θηλών

Για την ψηλάφηση προτείνεται η ασθενής να βρίσκεται ξαπλωμένη ώστε να μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικότερη αξιολόγηση του ιστού που περιλαμβάνει ο μαστός. Η ψηλάφηση γενικά είναι μία μέθοδος η οποία χρειάζεται αρκετό χρόνο να διεξαχθεί και είναι σημαντικό να δίνεται επαρκής προσοχή από τον επαγγελματία υγείας. Ένα στοιχείο που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, είναι πως οι μισοί όγκοι εντοπίζονται στην περιοχή της μασχάλης και στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Τα κυριότερα βήματα της ψηλάφησης είναι η εξέταση της σύστασης του ιστού, η ευαισθησία των μαστών και η ύπαρξη όγκων. Επιπροσθέτως, είναι απαραίτητο να περιγραφούν αυτοί οι όγκοι γραπτά ως προς κάποια στοιχεία όπως είναι το μέγεθος που έχουν και το σχήμα τους (Akram et al., 2017).

✓ Επισκόπηση και ψηλάφηση μασχαλιαίων κοιλοτήτων

Η επισκόπηση και η ψηλάφηση των μασχαλιαίων κοιλοτήτων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με την ασθενή να βρίσκεται καθιστή θέση είτε σε ύπτια. Κατά την επισκόπηση εξετάζεται το δέρμα τις περιοχής για την παρουσία εξανθήματος, λοίμωξης ή μη φυσιολογικής εμφάνισης (Akram et al., 2017).

✓ Μαστογραφία

Ο στόχος της μαστογραφίας είναι να εντοπίσει τον καρκίνο στην αρχή της ανάπτυξης του ώστε να μπορεί να θεραπευτεί. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει ο καρκίνος να αναπτύσσεται με σταθερό ρυθμό και να μην έχει επεκταθεί. Στην περίπτωση που δεν τηρούνται αυτές οι δύο προϋποθέσεις και υπάρχει ετερογένεια στην εξέλιξη των όγκων, τότε η μαστογραφία δεν θεωρείται τόσο βοηθητική στην αποκατάσταση της νόσου (Løberg et al., 2015).

Σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 40 ετών, οι οποίες διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, η μαστογραφία αποφεύγεται. Αυτό συμβαίνει διότι περιλαμβάνει ιοντίζουσα ακτινοβολία η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον

σηματισμό κακοήθους όγκου. Υψηλότερος κίνδυνος αφορά τις γυναίκες νεότερης ηλικίας που είχαν εκτεθεί στο παρελθόν σε ακτινοβολία και ιδιαίτερα σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών. Γενικότερα η έκθεση σε ακτινοβολία έχει λανθάνουσα περίοδο έως και 10 χρόνια αλλά ο αυξημένος κίνδυνος παραμένει για όλη τη ζωή του ατόμου. Ένα από τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης εξέτασης αποτελεί η «υπερδιάγνωση» κατά την οποία το ποσοστό διαγνώσεων όλων των τύπων καρκίνων του μαστού αυξάνεται κατά 33%. Κατά την υπερδιάγνωση αναγνωρίζεται ένας κακοήθης όγκος και με την πραγματοποίηση ιστολογικής εξέτασης συμπεραίνεται πως δεν θα καταλήξει σε νόσημα με τα όλα τα συμπτώματα του που μπορεί να αποβεί βλαβερό. Ένα ακόμα μειονέκτημα είναι πως ένα μεγάλο ποσοστό βλαβών, πιο συγκεκριμένα το 75%, ορίζονται ήπιες σε παθολογικό επίπεδο. Η αιτία αποδίδεται στην ευαισθησία που έχει η μαστογραφία στο μαστικό αδένια που περιλαμβάνει τον αδενικό ιστό ο οποίος εντοπίζεται σε ποσοστό 90-95%.

Παρά τα δύο βασικά της μειονεκτήματα, η μαστογραφία είναι μια εξέταση πολύ βοηθητική για την πρόωπη ανίχνευση κακοήθειας στο μαστό που αυξάνει τις πιθανότητες για τον σχεδιασμό αποτελεσματικής θεραπείας. Επίσης λόγω της ψηφιακής ανάλυσης που εφαρμόζεται σήμερα (ψηφιακή μαστογραφία), υπάρχει δυνατότητα να προσδιορισθεί το επίπεδο της νόσου τοπικά, η αλληλεπίδραση με τη θεραπεία και η πραγματοποίηση βιοψίας με λεπτομερή παρακολούθηση. Γενικότερα η εφαρμογή ψηφιακής μαστογραφίας έχει αποδειχθεί πως περιορίζει τον κίνδυνο να πεθάνει κάποιος ασθενής κατά 15-20% (Kolak et al., 2017).

✓ Μαγνητική τομογραφία

Σε γυναίκες που βρίσκονται σε νεαρή ηλικία και υπάρχει πιθανότητα γενετικής μετάλλαξης ή πολυεστιακής νόσου τότε συνήθως πραγματοποιείται μαγνητική τομογραφία (MRI). Έχει την ικανότητα να συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στον προσδιορισμό της επέκτασης της νόσου. Μπορεί ακόμα να εφαρμοστεί σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία με σκοπό να εκτιμήσει τα αποτελέσματα και να λειτουργήσει ως άξονας για τον σχεδιασμό της χειρουργικής επέμβασης (McDonald et al., 2016).

Ωστόσο, όπως και οι άλλες μέθοδοι διάγνωσης, η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού έχει και αυτή μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι πως δεν εξασφαλίζει σε όλες τις περιπτώσεις πως θα διαχωρίσει εάν ο όγκος που παρουσιάζεται είναι

καλοήθης ή κακοήθης, άρα τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα ορθά. Είναι μια εξέταση μη προσιτή και δεν υπάρχει σε όλα τα διαγνωστικά κέντρα. Επίσης η εφαρμογή της παράλληλα με μαστογραφία αποφεύγεται (Kolak et al., 2017).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, οι διαστάσεις του όγκου υπερεκτιμώνται. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις που συμπεραίνεται λανθασμένα πως κάποια μικρά καρκινώματα ευθύνονται για υποτροπές στην περιοχή εμφάνισής τους (McDonald et al., 2016).

✓ Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται για την εύρεση όγκων στο μαστό με τη βοήθεια ηχητικών κυμάτων. Είναι μία διαδεδομένη διαγνωστική μέθοδος και σημαντικά αποτελεσματική. Για να μετρηθούν τα κύματα χρησιμοποιείται μια συσκευή που ονομάζεται μορφομετατροπέας ώστε να μετατρέψει τους υπερήχους και να καθοριστεί η δομή του μαστού. Επιπλέον αυτή η μέθοδος βοηθά πολύ τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη καρκίνου, διότι έχει αυξημένη ικανότητα εντοπισμού της νόσου όπως και των κυστών και των στερεών μαζών γενικότερα. Παρ' όλα αυτά η μαστογραφία εξακολουθεί να αποτελεί μία πιο αποδοτική μέθοδο.

Το υπερηχογράφημα γενικά, εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τη μαστογραφία ώστε να ολοκληρωθεί η εκτίμηση της κατάστασης. Εκτός από τα επιρρεπή άτομα συστήνεται και σε έγκυες γυναίκες αλλά και σε άτομα που δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαστογραφία. Το αρνητικό χαρακτηριστικό του υπερηχογραφήματος είναι πως τα ηχητικά κύματα των καρκινικών ιστών μοιάζουν με των φυσιολογικών ιστών με αποτέλεσμα την περιορισμένη αντίχενυση των όγκων και συνεπώς ο ακτινολόγος χρειάζεται να έχει εμπειρία (Wang, 2017).

✓ Καρκινικοί βιοδείκτες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), ο όρος βιοδείκτης αναφέρεται στην χημική ουσία ή στον μεταβολίτη της ή στο προϊόν που προκύπτει από την διαδικασία αντίδρασης μιας χημικής ουσίας με ένα κύτταρο-στόχο ή με ένα μόριο-στόχο.

Οι καρκινικοί βιοδείκτες έχουν αποδειχθεί πολύ σημαντικοί και χρήσιμοι στη διάγνωση όλων των τύπων του καρκίνου καθώς και του καρκίνου του μαστού. Μπορούν να βοηθήσουν στη διάκριση των ατόμων με μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου που έχουν οικογενειακό ιστορικό. Συμβάλλουν στην αναζήτηση της

αποτελεσματικότερης θεραπείας και στην παρακολούθηση του ασθενούς μετεγχειρητικά και όταν η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο (Duffy et al., 2015).

Για να μπορέσουν να μετρηθούν οι δείκτες θα πρέπει να ληφθούν ορισμένα υγρά όπως είναι τα ούρα και το αίμα. Υπάρχουν μέθοδοι κατά τους οποίους μπορεί να αναλυθεί ένας μεγάλος αριθμός δειγμάτων για τους περισσότερους δείκτες. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανάλυσή τους είναι πιο οικονομικές από μεθόδους όπως οι ακτινολογικές και ιστολογικές εξετάσεις καθώς και από ενδοσκοπικές παρεμβάσεις. Το μειονέκτημα που έχουν οι δείκτες είναι πως η ευαισθησία τους είναι χαμηλή συγκριτικά με άλλες μεθόδους. Η περιορισμένη ευαισθησία αφορά κυρίως πρόωρες βλάβες και πρόωρη επεμβατική πάθηση ή κακοήθεια (Duffy, 2012).

✓ **Βιοψία**

Η βιοψία του μαστού είναι μια μέθοδος η οποία πραγματοποιείται με σκοπό να εκτιμηθεί κάποιος όγκος που έχει αναπτυχθεί ή κάποια κύστη που έχει ανιχνευθεί κατά τον μαστογραφικό έλεγχο. Οι βασικότεροι τύποι βιοψίας είναι η βιοψία εκτομής, η χειρουργική βιοψία, η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) και η βιοψία με στερεοτακτική βελόνη. Διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη διαδικασία που διεξάγονται και τον λόγο που επιλέγονται.

Αναλυτικότερα σύμφωνα με τον Osborn (2016), οι τύποι βιοψίας είναι οι εξής:

- Βιοψία εκτομής. Αυτός ο τύπος βιοψίας επιλέγεται όταν έχει αποφασιστεί να γίνει ριζική αφαίρεση της βλάβης και μιας περιοχής από τον ιστό που περιβάλλεται η βλάβη αυτή. Όταν ο θεράπων ιατρός εκτιμήσει το ποσοστό κατά το οποίο τα όρια από τη βλάβη περιλαμβάνουν ανώμαλα κύτταρα, σημαίνει πως έχει πραγματοποιηθεί επιτυχώς η ριζική αφαίρεση της βλάβης. Στην περίπτωση που η βλάβη χαρακτηρίζεται από μεγάλη έκταση και δεν υπάρχει δυνατότητα η πραγματοποίηση μικρού μεγέθους τομής, τότε η καταλληλότερη μέθοδος είναι η χειρουργική βιοψία. Με την χειρουργική βιοψία μπορεί να απομακρυνθεί ένα κομμάτι από την βλάβη και στη συνέχεια διεξάγεται ιστοπαθολογική εκτίμηση. Μετέπειτα, αφού βγουν τα αποτελέσματα υπάρχουν δύο επιλογές, η χειρουργική επέμβαση και η θεραπεία.
- Χειρουργική βιοψία. Η χειρουργική βιοψία περιλαμβάνει την πραγματοποίηση τομής που δεν ξεπερνά τα 6 εκατοστά αφού πρώτα γίνει είτε τοπική αναισθησία

είτε ενδοφλέβια καταστολή. Εργαλείο για τον προσδιορισμό της θέσης του σημείου που πρέπει γίνει η τομή είναι η μαστογραφία. Για να σημαδευτεί η θέση αυτή υπάρχουν μερικοί τρόποι που εξαρτώνται κυρίως από τη δυνατότητα ψηλάφησης της βλάβης. Στην περίπτωση που υπάρχει δυνατότητα να ψηλαφηθεί, τότε ο χειρουργός θα σημαδεύσει το σημείο με κάποιο μαρκαδόρο ή κάποια χρωστική ουσία κατάλληλη για το δέρμα. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα να ψηλαφηθεί, τότε με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος, ο χειρουργός θα ωθήσει μια κοίλη βελόνα μικρού μεγέθους επάνω στον όγκο η οποία θα συνοδεύεται από ένα λεπτό σύρμα τοποθετημένο στον αυλό της βελόνας αυτής. Όταν πραγματοποιηθεί η εισαγωγή του καλωδίου τότε γίνεται απομάκρυνση της βελόνας. Στη συνέχεια, η ασθενής οδηγείται προς το χειρουργείο όπου εκεί γίνεται η ριζική αφαίρεση του όγκου ή ενός μέρος του.

- Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA). Κατά τη μέθοδο αυτή το δέρμα του μαστού τρυπιέται από μία λεπτή βελόνα με σκοπό την αναρρόφηση υγρού από κάποια υπάρχουσα κύστη ή την απομόνωση κυττάρων από έναν όγκο. Η βελόνα αυτή είναι στις περισσότερες περιπτώσεις 22 ή 25 gauge. Το υγρό και τα κύτταρα που θα απομονωθούν μέσω της αναρρόφησης θα σταθούν για ιστοπαθολογική ανάλυση. Για τον προσδιορισμό της θέσης του όγκου αξιολογείται η μαστογραφία ή βοηθά το υπερηχογράφημα. Έχει παρατηρηθεί πως πιο συχνά η βιοψία δια μέσου λεπτής βελόνης γίνεται σε εξωτερικά ιατρεία και τα περισσότερα άτομα που υποβάλλονται σε αυτή μπορούν να συνεχίσουν τις δραστηριότητες τους κανονικά εφόσον δεν πραγματοποιούνται ράμματα. Πρώτα όμως θα πρέπει να έχει γίνει εκτίμηση της περιοχής της παρακέντησης, του πιθανού άλγους της θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης, των αναπνοών και των σφυγμών. Ο επαγγελματίας υγείας απαιτείται να ενημερώσει του ασθενή, να παρακολουθεί το σημείο για ενδείξεις παρουσίας λοίμωξης, να δώσει οδηγίες για την αντιμετώπιση του άλγους και να πραγματοποιήσει προγραμματισμό του επόμενου ραντεβού ώστε ο ιατρός να επαναξιολογήσει τον ασθενή. Γενικότερα, το είδος αυτής της βιοψίας χαρακτηρίζεται απλό και τα αποτελέσματά της βγαίνουν έγκαιρα. Το μοναδικό μειονέκτημα είναι πως αφορά τη λήψη δείγματος μόνο από μικρή περιοχή του ιστού και περιορισμένων κυττάρων.
- Στερεοτακτική βιοψία. Σε αυτό το είδος βιοψίας η βελόνα οδηγείται στη βλάβη αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία με τη βοήθεια της στερεοτακτικής μαστογραφίας. Στερεοτακτική μαστογραφία ορίζεται ως η μαστογραφία που

απεικονίζεται σε τρεις διαστάσεις. Σε αυτό τον τύπο μαστογραφίας, η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση επάνω σε μία κλίνη και ο μαστός κρέμεται από ένα κενό σημείο της ώστε να μπορέσει να συμπιεστεί και να γίνει η απεικόνιση του. Λαμβάνεται περίπου ο ίδιος όγκος δείγματος όπως στη χειρουργική βιοψία αν και θεωρείται σχετικά άβολη διαδικασία. Το μόνο αρνητικό στοιχείο αυτής της βιοψίας είναι πως δεν μπορούν να προσδιοριστούν πάντα οι διαστάσεις της βλάβης.

Η δυσκολία κατά την εξέταση των ιστών είναι πως κάποιες ασθένειες είναι παρόμοιες όπως για παράδειγμα ο πορογενής καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος των λοβών. Με τη συσχέτιση της παθολογικής εξέτασης και της κλινικής μπορεί να καθοριστεί το μέγεθος ενός όγκου. Επίσης με παθολογικές εξετάσεις και σε συνδυασμό με απεικονιστικές μεθόδους υπάρχει η δυνατότητα να αξιολογηθεί μία μάζα που έχει δημιουργηθεί έξω από την περιοχή όπου αναπτύχθηκε αρχικά ο καρκίνος (McDonald et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.1 Στάδια της Νόσου

Σύμφωνα με τον Akram et al. (2017), τα στάδια του καρκίνου του μαστού διαφοροποιούνται σύμφωνα με κάποια στοιχεία όπως είναι ο τύπος και το μέγεθος του όγκου και σε τι ποσοστό έχει προσβληθεί ο ιστός του μαστού από τον όγκο και τα κύτταρά του. Με λίγα λόγια, το αρχικό στάδιο που ονομάζεται στάδιο 0 περιλαμβάνει τον τύπο του καρκίνου που χαρακτηρίζεται μη επεμβατικός και το τελικό στάδιο, που ονομάζεται στάδιο 4, αναφέρεται στον τύπο που είναι επεμβατικός.

- ♦ Αρχικό στάδιο 0

Στο στάδιο 0, που αποτελεί και το μη επεμβατικό στάδιο του καρκίνου, εντοπίζονται μέσα στην περιοχή, την οποία έχει παρατηρηθεί ο αρχικός σχηματισμός του όγκου, τα καρκινικά και τα μη καρκινικά κύτταρα. Τα δύο είδη αυτών των κυττάρων δεν εξαπλώνονται στους ιστούς που περιβάλλουν το σημείο ανάπτυξης του όγκου που σχηματίζεται. Ένας τύπος καρκίνου που θα ταίριαζε στην περιγραφή αυτού του σταδίου είναι το μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα in situ (DCIS).

- ♦ Στάδιο I

Το στάδιο 1 αφορά τη δυνατότητα να υπάρχει διηθητικός καρκίνος στο μαστό και εισβολή μικροσκοπικά. Ταξινομείται σε δύο κατηγορίες που ονομάζονται στάδιο 1A και 1B. Στο στάδιο 1A δεν πραγματοποιείται ανάμειξη των λεμφαδένων και ο όγκος παρουσιάζεται μέχρι 2 εκατοστά. Στο στάδιο 1B εντοπίζεται στον λεμφαδένα ένας μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων σε μέγεθος το οποίο ξεπερνά τα 0,2 χιλιοστά.

- ♦ Στάδιο II

Στο στάδιο 2 περιλαμβάνονται δύο ακόμα κατηγορίες που ονομάζονται στάδιο 2A και 2B. Κατά το στάδιο 2A ο όγκος παρατηρείται μόνο σε λεμφαδένες της μασχάλης ή σε φρουρούς λεμφαδένες. Το μέγεθος του δεν ξεπερνά τα 5 εκατοστά αλλά μπορεί να είναι μικρότερο από 2 εκατοστά ή και μεγαλύτερο. Κατά το στάδιο 2B είναι πιθανόν ο όγκος να ξεπερνά τα 5 εκατοστά χωρίς όμως να έχει τη δυνατότητα να εξαπλωθεί έως τους λεμφαδένες της μασχάλης.

♦ Στάδιο III

Το στάδιο 3 διακρίνεται σε τρεις υποκατηγορίες που ονομάζονται 3Α, 3Β και 3Γ. Στην κατηγορία 3Α δεν παρουσιάζεται κάποιος όγκος στον μαστό, παρά μόνο σε περιοχή 4 με 9 λεμφαδένων της μασχάλης ή σε φρουρούς λεμφαδένες. Στην κατηγορία 3Β οι διαστάσεις του όγκου μπορεί να είναι οποιεσδήποτε. Μπορεί να παρατηρηθεί είτε έλκος είτε οίδημα και να έχει εισβάλει μέχρι και σε 9 λεμφαδένες τις μασχάλης ή σε φρουρούς λεμφαδένες. Γενικότερα η κατηγορία 3Β χαρακτηρίζεται φλεγμονώδης καρκίνος με σημεία και συμπτώματα όπως ερυθρό και με θερμότητα οίδηματώδες δέρμα του μαστού. Στην κατηγορία 3Γ ο όγκος παρατηρείται σε 10 ή και σε περισσότερους λεμφαδένες της μασχάλης καθώς και σε λεμφαδένες που βρίσκονται κάτω από το επίπεδο του οστού της κλείδας.

♦ Στάδιο IV

Το στάδιο 4 χαρακτηρίζεται ως το τελικό στάδιο το οποίο περιλαμβάνει τις μεταστάσεις. Οι μεταστάσεις δύναται να παρατηρηθούν σε διάφορα όργανα του σώματος μερικά από τα οποία είναι τα οστά, οι πνεύμονες και το ήπαρ.

4.1.1 Προσδόκιμο Επιβίωσης

Το προσδόκιμο ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού σχετίζεται με διάφορες μεταβλητές όπως για παράδειγμα η φυλή, η εθνικότητα, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκονται. Ύστερα από 5 έτη της αρχικής διάγνωσης το ποσοστό που επιβιώνει αγγίζει το 88% του συνόλου των περιπτώσεων. Για τις γυναίκες οι οποίες είναι λευκές το ποσοστό είναι 90,2%, ενώ από τις γυναίκες που είναι μαύρες επιβιώνει το 77,5%. Το χρονικό διάστημα μετά την αρχική διάγνωση είναι ένας άξονας που καθορίζει γενικότερα το ποσοστό επιβίωσης. Μετά από 10 έτη δηλαδή, επιβιώνουν γυναίκες σε ποσοστό 80%, μετά από 15 έτη το ποσοστό είναι 71% και τέλος ύστερα από 20 έτη επιβιώνει το 63%. Ένα μικρό σύνολο ασθενών έχει λιγότερες πιθανότητες να επιβιώσει 5 έτη μετά την διάγνωση εάν βρίσκεται σε ηλικιακή ομάδα μικρότερη των 40 ετών. Ο λόγος είναι πως οι όγκοι που αναπτύσσονται μπορεί να είναι επιθετικοί και να μην υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία.

Η εξέλιξη της νόσου, το στάδιο δηλαδή του καρκίνου, διακατέχει μεγάλο ρόλο στο προσδόκιμο επιβίωσης. Όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο που βρίσκεται ο ασθενής τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να επιβιώσει. Για παράδειγμα, εάν μια

γυναίκα βρίσκεται στο στάδιο 0, τότε έχει προσδόκιμο επιβίωσης 93% μετά από 5 έτη της αρχικής διάγνωσης. Ενώ εάν μια γυναίκα βρίσκεται στο στάδιο 4, τότε το ποσοστό επιβίωσης ύστερα από μια πενταετία είναι 15%. Βαρύτητα έχει και το μέγεθος του όγκου που έχει αναπτυχθεί. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος τόσο ελαττώνονται οι πιθανότητες για μακρόχρονη επιβίωση. Επιπροσθέτως, η περιορισμένη πρόσβαση στον τομέα της υγείας, η συννοσηρότητα και το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, αποτελεί άμεσο πρόβλημα στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και επηρεάζει αρνητικά το προσδόκιμο επιβίωσης τους (Osborn et al., 2016).

4.2 Μετάσταση της Νόσου

Η μετάσταση είναι μια διαδικασία που οφείλεται σε ένα μεγάλο σύνολο γονιδίων και βιομοριών και αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας. Είναι πολλοί οι ασθενείς που θεραπεύονται επιτυχώς μετά από χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία και ακτινοβολία και παρουσιάζουν μετάσταση. Πιο συγκεκριμένα, δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς αποτελεσματικές τεχνικές ώστε να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν στο έπακρο οι μεταστάσεις. Το ποσοστό θανάτων από μετάσταση καρκίνου οποιουδήποτε τύπου είναι σχεδόν 90% και από καρκίνο του μαστού το ποσοστό ανέρχεται στα 25% με 50%. Οι μεταστάσεις μπορούν να εμφανιστούν έως και δέκα χρόνια από την αρχική διάγνωση της κακοήθειας και της εκτομής του όγκου. Κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής είναι περίπου 5 έτη. Δύο παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόγνυσή τους είναι ορισμένοι ιστολογικοί υπότυποι και η έκφραση ενός μοριακού δείκτη (Kozlowski et al., 2015).

Οι μεταστάσεις εντοπίζονται μέσω κλινικών εκδηλώσεων της επέκτασης του καρκίνου του μαστού σε διάφορα όργανα του σώματος καθώς και από ακτινολογικές εκτιμήσεις, από βιοψία των οργάνων που εμφανίζουν πρόβλημα και από τους καρκινικούς βιοδείκτες. Η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ASCO) αναφέρει πως μερικά από τα κλινικά ευρήματα που αναμένονται να εμφανιστούν λόγω μετάστασης είναι άλγος των οστών, των μαστών και της κοιλιακής χώρας, εξογκώματα στο μαστό που αναπτύχθηκαν μετά τη διάγνωση ή τη θεραπεία, δύσπνοια και κεφαλαλγία ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η ASCO συστήνει να πραγματοποιείται παρακολούθηση του ασθενούς κάθε 4 με 6 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση. Η παρακολούθηση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση, την εκτίμηση καρκινικών βιοδεικτών, σπινθηρογράφημα,

ακτινογραφία και ηχογράμμα ήπατος. Εάν αυτές οι διαγνωστικές μέθοδοι οδηγήσουν στο συμπέρασμα πως υπάρχει πιθανότητα μετάστασης, τότε ο ασθενής υποβάλλεται σε μαγνητική και αξονική τομογραφία. Αυτές οι μέθοδοι δεν εντοπίζουν πάντα την μετάσταση σε πρώιμο στάδιο με αποτέλεσμα να μην μπορεί να σχηματιστεί εικόνα για την εξέλιξη της νόσου. Η διαγνωστική μέθοδος που βοηθά στην έγκαιρη ανίχνευση είναι η μαστογραφία (Scully et al., 2012).

Η μετάσταση μπορεί να προκύψει σε άτομα νεαρής ηλικίας μέχρι και ηλικιωμένους. Η μέγιστη διάρκεια ζωής είναι περιορισμένη και σε πολλές περιπτώσεις δεν δύναται να επέλθει ίαση. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο αρκετές φορές αποθαρρύνονται και δεν ακολουθούν κάποιο πλάνο φροντίδας για την τελευταία περίοδο της ζωής τους. Συστήνεται γενικότερα να υπάρχει ειλικρίνεια από τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους πάσχοντες για την κατάσταση της υγείας τους, χωρίς να δημιουργούνται ψευδείς ελπίδες. Η ειλικρίνεια επιφέρει καλύτερη επικοινωνία και πιο εύκολη εφαρμογή του πλάνου φροντίδας (Matsuoka et al., 2018).

Ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα, η αντιμετώπιση της μετάστασης περιλαμβάνει συστηματικές θεραπείες που έχουν σκοπό να ανακουφίσουν τον ασθενή από τα συνωδά συμπτώματα και να περιορίσουν την ανάπτυξή της στο μέγιστο δυνατό βαθμό (Johnson et al., 2018).

Εφαρμόζεται ακόμα χειρουργική επέμβαση χωρίς να θεωρείται η τυπική θεραπεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, η χειρουργική επέμβαση έχει τη δυνατότητα να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής των ασθενών. Παρ' όλα αυτά, σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, ο καρκίνος έχει επανεμφανιστεί (Tosselo et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σύμφωνα με τους Rossi et al. (2019), για να είμαστε σε θέση να αναμένουμε θετικά αποτελέσματα, η θεραπεία των νοσούντων θα πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένες κλινικές. Βασική προϋπόθεση είναι να υπάρχει μία πλήρης ομάδα επαγγελματιών υγείας με τις απαραίτητες γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να απαρτίζεται από γιατρούς ειδικευμένους στην ογκολογία, ακτινολόγους, παθολόγους καθώς και νοσηλευτές. Αφού ολοκληρωθούν όλες οι διαδικασίες στην κλινική, οφείλεται ως προς τους ασθενείς να προτείνονται πλαστικοί χειρουργοί για την αποκατάσταση των εξωτερικών αλλοιώσεων ύστερα από επεμβάσεις. Σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς χρειάζονται ακόμα ψυχολόγους και φυσικοθεραπευτές. Επιπλέον, καθοδηγητής του ασθενούς στο πλάνο φροντίδας αποτελεί ένας σωστά εκπαιδευμένος νοσηλευτής για το συγκεκριμένο νόσημα ή κάποιο άλλο μέλος του προσωπικού με αυτά τα χαρακτηριστικά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης και της επεξήγησης της θεραπείας χρειάζονται χρόνο και προσωπικό χώρο ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν τις νέες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους. Ένα βοηθητικό μέσο είναι να γίνεται η παροχή πληροφοριών εκτός από προφορικά και γραπτά. Επίσης συστήνεται να γίνεται παραπομπή των ασθενών σε έγκυρες ιστοσελίδες του διαδικτύου που αφορούν την αντιμετώπιση της νόσου με επίκεντρο τους ίδιους. Σημαντική είναι ακόμα η συμμετοχή τους στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη διεξαγωγή του πλάνου θεραπείας.

Κατά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητο να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς όπως πολύ ηλικιωμένους ή πολύ νέους που έχουν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο καρκίνου. Εκτός της ηλικίας υπάρχουν επιπλέον παράγοντες που θα πρέπει να εκτιμώνται για να σχεδιαστεί η θεραπεία. Μερικοί από αυτούς είναι το στάδιο της εμμηνόπαυσης που βρίσκεται η γυναίκα, η γενικότερη εικόνα της υγείας της, το μέγεθος του όγκου, οι επιπτώσεις που έχει προκαλέσει όπως και ο βαθμός που έχει επεκταθεί και φυσικά οι επιθυμίες που μπορεί να έχει ο ασθενής. Στις γυναίκες που δεν έχουν μπει στην εμμηνόπαυση συζητούνται θέματα που αφορούν την αναπαραγωγή και τη γονιμότητα διότι υπάρχει το ενδεχόμενο να επηρεαστούν από κάθε είδος θεραπείας (Cardoso et al., 2018).

5.1 Χειρουργική Παρέμβαση

♦ Μαστεκτομή

Για τους περισσότερους ασθενείς που χρειάζεται να υποβληθούν σε μαστεκτομή, προτείνονται τρεις επιλογές. Αυτές είναι η ολική μαστεκτομή, η μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος και αφαίρεση της θηλής και μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος αλλά και της θηλής. Στις δύο τελευταίες μαστεκτομές πραγματοποιείται αφαίρεση του μαζικού αδένου και ακολουθεί από αποκατάσταση. Κατά την ολική μαστεκτομή γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του παρεγχύματος του μαστού καθώς και της θηλής και ενός κομματιού του δέρματος. Το δέρμα που διατηρείται αποσκοπεί στο κλείσιμο της χειρουργικής τομής. Ο τύπος της μαστεκτομής που διατηρεί το δέρμα αλλά αφαιρεί τη θηλή, βοηθά να γίνει ανασυγκρότηση του μαστού άμεσα. Αυτό συμβαίνει διότι το δέρμα που διατηρείται μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν περίβλημα ώστε να μπορεί να τοποθετηθεί στο εσωτερικό του εμφύτευμα από ιστό ή ένθεμα από σιλικόνη. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι με αυτόν τον τύπο μαστεκτομής οι πιθανότητες υποτροπής της νόσου είναι λιγότερες από εκείνες της ολικής μαστεκτομής. Όσον αφορά την μαστεκτομή που διατηρεί ταυτόχρονα και το δέρμα και τη θηλή, εφαρμόζεται κυρίως σε ασθενείς που νοσούν από διηθητικό καρκίνο. Συστήνεται συνήθως σε όγκους που το μέγεθος τους δεν ξεπερνά τα 3 εκατοστά και απέχουν 1 εκατοστό ή και περισσότερο από το σημείο που βρίσκεται η θηλή. Συνήθως μετά την επέμβαση της μαστεκτομής ακολουθεί ακτινοθεραπεία (Moo et al., 2018).

Λόγοι που πραγματοποιείται μαστεκτομή:

- ❖ Μεγάλου μεγέθους όγκος
- ❖ Προηγούμενη έκθεση σε ακτινοβολία ή ύπαρξη παρόμοιων αντενδείξεων
- ❖ Επιθυμία του ασθενούς
- ❖ Συνθήκες που καθιστούν αδύνατη τη διατήρηση του μαστού
- ❖ Ύπαρξη δύο ή περισσότερων όγκων ταυτόχρονα (πολυκεντρικός καρκίνος)
- ❖ Μετά από πολλές εκτομές είναι δύσκολο να επιτευχθούν αρνητικά χειρουργικά όρια
- ♦ Αποκατάσταση μαστού

Υπάρχουν δύο τρόποι ώστε να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η αποκατάσταση του μαστού. Ο ένας τρόπος περιλαμβάνει τη χρήση εμφυτευμάτων σιλικόνης και ο άλλος

τη χρήση ιστού από κάποια διαφορετική περιοχή του σώματος. Οι γυναίκες που υποβάλλονται έγκαιρα μετά τη μαστεκτομή σε ανασυγκρότηση του μαστού, αντιμετωπίζουν καλύτερα την αφαίρεση του. Ο παράγοντας που μπορεί να παρεμποδίσει την ανασυγκρότηση αμέσως μετά τη μαστεκτομή, είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης φλεγμονώδους καρκίνου. Παρ' όλα αυτά, ένα ποσοστό γυναικών δεν υποβάλλεται σε αυτή την επέμβαση για προσωπικούς του λόγους. Η ανακατασκευή του μαστού που βασίζεται στην χρήση ιστού από κάποιο άλλο μέρος του σώματος του ασθενούς, δεν επηρεάζεται από την ακτινοθεραπεία που ακολουθείται μετά από το χειρουργείο. Ενώ όταν η ανακατασκευή περιλαμβάνει τη χρήση εμφυτεύματος σιλικόνης, η ακτινοθεραπεία μετά τη μαστεκτομή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε αισθητικό επίπεδο (Cardoso et al., 2018).

- ♦ Επέμβαση διατήρησης μαστού

Μια από τις πιο συχνές επεμβάσεις που εκτελούνται είναι εκείνες που αποσκοπούν στην διατήρηση του μαστού. Οι χειρουργοί αποκτούν τις κατάλληλες δεξιότητες ώστε να μπορούν να πραγματοποιήσουν ογκοπλαστική η οποία βοηθά να επέλθει άρτιο αισθητικό αποτέλεσμα. Παρόλο που η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού ωφελεί αρκετά τις γυναίκες, παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο προτιμά τη διπλή μαστεκτομή. Ο λόγος σχετίζεται κυρίως με τον περιορισμό του κινδύνου που έχει τη δυνατότητα να προσδώσει η μαστεκτομή. Το κριτήριο επιλογής του είδους της επέμβασης αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης που προσδίδει η κάθε μία. Γενικότερα, η επέμβαση διατήρησης του μαστού συστήνεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της νόσου. Είναι σημαντικό επίσης να εκτιμάται διεξοδικά το μέγεθος του όγκου το οποίο αποτελεί παράγοντα προτίμησης της συγκεκριμένης θεραπείας (Cardoso et al., 2018).

Σύμφωνα με τους Wang & Han (2019), όπως και στη μαστεκτομή ο ασθενής υποβάλλεται σε αναισθησία και πραγματοποιείται ογκεκτομή. Ο σκοπός είναι να βεβαιωθεί ότι το σημείο που βρίσκεται ο όγκος απέχει τουλάχιστον 2 εκατοστά από τα χειρουργικά όρια. Μόλις ληφθεί δείγμα ιστού από τα όρια, αποστέλλεται για να διερευνηθεί εάν είναι αρνητικό. Στην περίπτωση που είναι θετικό το δείγμα, οι διαστάσεις της εκτομής αυξάνονται από τους χειρουργούς μέχρι να ληφθεί δείγμα ιστού που θα είναι αρνητικό. Όταν τα δείγματα συνεχίσουν να είναι θετικά, η επέμβαση θα πρέπει να ματαιωθεί και ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε μαστεκτομή. Γενικότερα η επέμβαση διατήρησης του μαστού είναι πιο σύντομη από

τη μαστεκτομή, η τομή είναι μικρού μεγέθους, δεν χάνεται μεγάλη ποσότητα αίματος και οι ασθενείς έχουν ραγδαία ανάρρωση μετεγχειρητικά. Ένα από τα πιο σημαντικά της γνώρισμα είναι πως οδηγεί σε καλύτερη ποιότητας ζωής τους ασθενή.

5.1.1 Επιπλοκές Χειρουργικών Επεμβάσεων

Οι χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν κάποιες επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν μετεγχειρητικά. Μερικές από αυτές είναι ο πόνος, αιμορραγία ή αιμάτωμα, λοίμωξη χειρουργικού τραύματος, δυσκαμψία του ώμου, οίδημα που προκύπτει από συσσώρευση υγρού, λεμφοίδημα και περιορισμό των κινήσεων του σώματος γενικότερα. Ένας τρόπος να προληφθούν οι επιπλοκές αυτές είναι να πραγματοποιηθεί μια αξιολόγηση προεγχειρητικά που θα περιλαμβάνει την καταγραφή ορισμένων στοιχείων όπως το σωματικό βάρος του ασθενούς, η στάση του σώματος και εάν αθλείται. Με τη συλλογή αυτών των στοιχείων θα μπορεί να προταθεί ένα πρόγραμμα ασκήσεων ώστε ο ασθενής να αναρρώσει όσο πιο ανώδυνα είναι εφικτό.

Οι πιθανότητες να εμφανιστεί λεμφοίδημα αυξάνονται εάν πραγματοποιηθεί επέμβαση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενούς, το σωματικό του βάρος και σε τι βαθμό έχει γίνει παρέμβαση στους λεμφαδένες. Είναι μια επιπλοκή που μπορεί να παρατηρηθεί είτε μετά από το χειρουργείο είτε μετά από την πάροδο κάποιων χρόνων. Είναι σημαντικό να γίνει αξιολόγηση των βραχιόνων πριν την χειρουργική επέμβαση ώστε εάν υπάρξει λεμφοίδημα να μπορεί να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί αμέσως. Ακόμα και στην περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση δεν αφορά τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, υπάρχει πιθανότητα να υπάρξει φλεγμονή και τραυματισμός του λεμφικού συστήματος ή και απόφραξη. Ο ασθενής εάν παρουσιάζει τέτοιου είδους κλινική εικόνα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να τον παραπέμψουν σε γιατρό που ειδικεύεται με προβλήματα του λεμφικού ώστε να σχεδιαστεί η κατάλληλη θεραπεία.

Ένα ακόμη πρόβλημα που μπορεί να παρουσιαστεί είναι να επηρεαστεί η στάση του σώματος. Η αιτία είναι πως οι μύες σφίγγουν και διαταράσσεται η ισορροπία τους οπότε υπάρχουν επιπτώσεις στο κεφάλι, τον λαιμό και την πλάτη. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκαταστήσει το εύρος των κινήσεων του. Μια μέθοδος για την αποκατάσταση αυτού του προβλήματος είναι η διδασκαλία του ασθενούς να εκτελεί ασκήσεις τεντώματος παίρνοντας παράλληλα

σωστές αναπνοές. Με αυτόν τον τρόπο βοηθούνται οι μύες να χαλαρώσουν. Οι ασκήσεις γενικά προσαρμόζονται ανάλογα με τον ασθενή, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, τη χειρουργική μέθοδο που πραγματοποιήθηκε και την πορεία ανάρρωσης του (Wilson, 2017).

5.2 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία γενικότερα είναι ένα είδος θεραπείας που επιλέγεται για το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με καρκίνο του μαστού. Ειδικότερα για εκείνες που παρουσιάζουν όγκο του οποίου το μέγεθος ξεπερνά το 1 εκατοστό ή ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους μασχालιαίους λεμφαδένες. Ο καρκίνος με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων δεν ανταποκρίνεται τόσο στη χημειοθεραπεία όσο ο καρκίνος που δεν έχει θετικούς υποδοχείς. Για να εφαρμοστεί η χημειοθεραπεία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η ηλικία της ασθενούς και τυχόν συννοσηρότητες (Maughan, 2010).

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο του καρκίνου υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία πριν την χειρουργική επέμβαση. Είναι τόσο δραστική ενάντια στη νόσο όσο και στη μετεγχειρητική περίοδο. Προσδίδει την πιθανότητα να ζήσει ο ασθενής απαλλαγμένος από τον καρκίνο και το προσδόκιμο ζωής δύναται να αυξηθεί. Δύο τύποι χημειοθεραπείας είναι η νέο-ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία και η ανοσοενισχυτική. Η νέο-ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε πρώιμο στάδιο προεγχειρητικά, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα πρέπει αργότερα να υποβληθεί σε ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία. Προτείνεται κυρίως σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί με υπερέκφραση HER2 ή με τριπλά αρνητικό καρκίνο. Όσον αφορά την ανοσοενισχυτική χημειοθεραπεία, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά το χειρουργείο επειδή η καθυστέρηση της μπορεί να προκαλέσει αρνητικά αποτελέσματα (Harbeck & Gnant, 2017).

5.2.1 Παρενέργειες Χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος αρκετά αγχωτική για τον ασθενή, καθώς είναι ευρέως γνωστό πως περιλαμβάνει πολλές παρενέργειες που προέρχονται από διάφορα συστήματα του οργανισμού. Δεν εμφανίζονται πάντα όλες μαζί και διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Από τις πιο συχνές θεωρούνται η ναυτία και ο έμετος και μπορεί να παρουσιάζονται κάθε φορά που ο ασθενής υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία. Από το γαστρεντερικό σύστημα μπορούν να παρουσιαστούν ακόμα διάρροια, δυσκοιλιότητα και ανορεξία. Από το αναπνευστικό σύστημα παρατηρείται

δύσπνοια επειδή οι ασθενείς δεν καταφέρνουν να οξυγονωθούν σωστά λόγω δυσλειτουργίας των πνευμόνων. Στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται αλωπεκία, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Γενικότερα, μπορούν να προκληθούν πολλές διαταραχές στην προσωπικότητά της όπως στρες, κατάθλιψη, αλλαγές διάθεσης και επιθετικότητα. Επίσης ως παρενέργεια ανευρίσκεται σε υψηλή συχνότητα ο πόνος καθώς και η κόπωση διότι εκτός των φαρμάκων που οδηγεί σε αυτή, συμβάλλει και η ρήξη της ψυχολογίας (Galizia et al., 2018; Gibbons & Groarke, 2018; Naito et al., 2020).

- Μακροχρόνιες παρενέργειες

Η θεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει τη χορήγηση άφθονων φαρμακευτικών ουσιών, οι οποίες μπορούν να παρουσιάσουν ποικίλες μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Μία από αυτές είναι ο χρόνιος πόνος. Σε πρώτη φάση η αντιμετώπισή του γίνεται με φαρμακευτική αγωγή η οποία μπορεί να απαρτίζεται από οπιοειδή ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Για να αποφευχθεί η παρατεταμένη χρήση αυτών των φαρμάκων, συστήνεται κατά την περίοδο λήψης τους να πραγματοποιούνται και κάποιες δραστηριότητες όπως η σωματική άσκηση και η φυσικοθεραπεία. Ακόμα μία ανεπιθύμητη παρενέργεια είναι η αιφνίδια έναρξη της εμμηνόπαυσης καθώς και διαταραχές στην ψυχική υγεία της ασθενούς. Υπάρχουν κάποιες φαρμακευτικές αγωγές που μπορούν να δοθούν οι οποίες μπορεί να είναι κοινές με αυτές της αντιμετώπισης του πόνου (Lovelace et al., 2019).

- Λοιπές μακροχρόνιες παρενέργειες:

Καρδιοτοξικότητα. Η καρδιοτοξικότητα είναι επίσης ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο προκύπτει από τη χρήση ουσιών όπως οι η ανθρακυκλίνες. Ο κίνδυνος που μπορεί να προκαλέσει σχετίζεται άμεσα με τη δόση που θα χορηγηθεί. Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην καρδιοτοξικότητα είναι η προχωρημένη ηλικία και αν ο ασθενής έχει ήδη κάποια καρδιακή πάθηση όπως η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος. Οι ανθρακυκλίνες δημιουργούν αρχικά βλάβες στην περιοχή του μυοκαρδίου αλλά δεν εμφανίζονται αμέσως κλινικά ευρήματα καθώς χρειάζεται πρώτα ένα χρονικό διάστημα μηνών ή και χρόνων.

Δευτερογενής καρκίνος. Η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτυχθεί παράλληλα καρκίνος άλλου τύπου όπως για παράδειγμα η λευχαιμία. Γενικότερα όμως δεν υπάρχει μόνο ο κίνδυνος ανάπτυξης ταυτόχρονης κακοήθειας

με τον καρκίνο του μαστού, αλλά ένας ασθενής που έχει νοσήσει και έχει θεραπευτεί εξακολουθεί να κινδυνεύει να νοσήσει ξανά από καρκίνο αργότερα. Εκτός από τη χημειοθεραπεία άλλοι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης δευτερογενούς καρκίνου είναι το γονίδιο BRCA2, η ορμονοθεραπεία καθώς και η ακτινοθεραπεία (Azim et al., 2011).

5.3 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι μια πολύ συνηθισμένη θεραπευτική μέθοδος καθώς και αποτελεσματική. Εδώ και πολλά χρόνια εφαρμόζεται μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού στη θέση της μαστεκτομής για καρκίνο του μαστού που έχει ανιχνευθεί σε πρώιμο στάδιο. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να ελαττώσει την πιθανότητα υποτροπής της νόσου και τα ποσοστά θνησιμότητας. Μπορεί ακόμα να συμβάλλει στη θεραπεία ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή λόγω εντόπισης μεγάλου μεγέθους όγκου. Μέσω της ακτινοβολίας πραγματοποιείται καταστροφή των καρκινικών κυττάρων του μαστικού ιστού, του θωρακικού τοιχώματος και των λεμφαδένων. Την σημερινή εποχή, έχουν αναπτυχθεί οι τεχνικές της ακτινοβολίας με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι παρενέργειες που προκαλεί. Οι δόσεις της ακτινοθεραπείας είναι κατά κύριο λόγο καθημερινές και σε χαμηλά επίπεδα. Ένας βασικός λόγος του συνδυασμού αυτών των δύο στοιχείων, είναι η προστασία των υγιών οργάνων του σώματος από βλάβες. Επίσης επιτυγχάνεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ενάντια του όγκου που στοχεύεται. Παρ' όλα αυτά, οι μικρές δόσεις μπορούν να αποβούν και αυτές επιβλαβείς για τα όργανα και κυρίως τοξικές (Pfeffer, 2018).

5.3.1 Παρενέργειες της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία ανήκει στα είδη θεραπείας τα οποία εμφανίζουν παρενέργειες όπως άλγος στον μαστό καθώς και στον ώμο σχεδόν στους μισούς ασθενείς μετά από λίγα χρόνια. Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί λεμφοίδημα περίπου στο ¼ των ασθενών και μείωση στο εύρος των κινήσεων του ώμου και του βραχίονα. Μία σημαντική παρενέργεια ακόμα είναι η καρδιοτοξικότητα. Υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν τον συσχετισμό της ακτινοθεραπείας με τον πόνο ενώ σε άλλες αναφέρεται πως πιθανόν ο πόνος να προέρχεται από τη χειρουργική επέμβαση και δεν σχετίζεται με τη δόση της ακτινοθεραπείας. Ο τρόπος με τον οποίο δημιουργείται λεμφοίδημα είναι η πρόκληση βλάβης στο λεμφικό σύστημα με αποτέλεσμα την συσσώρευση της

λέμφου. Η ακτινοθεραπεία αποτελεί το συνηθέστερο αίτιο για την κατάσταση αυτή. Όσον αφορά την καρδιοτοξικότητα, διακατέχει σημαντικό ρόλο η δόση με την οποία γίνεται η ακτινοθεραπεία. Οι καρδιοπάθειες γενικότερα έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανιστούν μετά από αρκετά χρόνια από την αρχική διάγνωση. Απαιτείται παρακολούθηση των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε θεραπείες και έχουν πιθανότητα να βλάψουν την καρδιά. Εκτός όμως της καρδιάς, μπορούν κι άλλα ζωτικά όργανα να κινδυνεύσουν από την ακτινοθεραπεία. Για κάποιες παρενέργειες όπως ο περιορισμός του εύρους κινήσεων συστήνεται η πραγματοποίηση φυσικοθεραπειών και ασκήσεων (Ewertz & Jensen, 2011).

5.4 Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται στους ασθενείς που νοσούν από καρκίνο του μαστού και έχουν θετικούς υποδοχείς των οιστρογόνων. Ένα από τα φάρμακα που χορηγούνται ευρέως είναι η ταμοξιφένη. Η ταμοξιφένη έχει τη δυνατότητα να επεκτείνει τη διάρκεια ζωής και να ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης άλλου τύπου καρκίνου του μαστού ταυτόχρονα. Μπορεί να χορηγηθεί πριν την περίοδο της εμμηνόπαυσης καθώς και μετά. Χρησιμοποιούνται ακόμα αναστολείς αρωματάσης αλλά μόνο σε γυναίκες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση. Τα φάρμακα αυτά δρουν με δύο τρόπους, καταστέλλουν δηλαδή την παραγωγή οιστρογόνων και προσπαθούν να εμποδίσουν τη δράση τους ως προς τα καρκινικά κύτταρα. Η ταμοξιφένη έχεις κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως θρομβοεμβολή ή νεόπλασμα στο ενδομήτριο (Drăgănescu & Carmocan, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

6.1 Ποιότητα ζωής ασθενούς

Σύμφωνα με τους Villar et al. (2017), το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του μαστού που παρουσιάζεται με διαταραχές στην ψυχική του υγεία, ανέρχεται περίπου στο 50%. Μερικές από τις πιο σοβαρές διαταραχές είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Γενικότερα, υπάρχουν πολλά αίτια τα οποία μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή σε ψυχογενή νοσήματα και συνεπώς αυτά να έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή του ζωή. Έχουν διεξαχθεί έρευνες οι οποίες έχουν δείξει πως το άγχος μπορεί να συσχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία που διαγνώσθηκε ο ασθενής, ιστορικό σχετικά με ψυχογενείς διαταραχές, η εκπαίδευση του, καθώς και η ένταση των συμπτωμάτων και τα προβλήματα που προκαλούν οι θεραπείες στον οργανισμό. Όταν ένας ασθενής μαθαίνει τη διάγνωση του, υποβάλλεται στη διαδικασία να σκεφτεί ένα μεγάλο σύνολο θεμάτων όπως ο βαθμός που θα αλλάξει η ζωή του στο μέλλον και πως θα μπορέσει να διαχειριστεί την κατάσταση σε συναισθηματικό επίπεδο. Συνήθως προκαλείται άγχος, διαταραχές στον ύπνο και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Εκτός από το ιστορικό ψυχογενών διαταραχών, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται και από την παράλληλη χρήση αγχολυτικών φαρμάκων. Επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που έχει αρνητική επίπτωση στην ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας είναι η εισολκή των θηλών. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό, είναι πως συνδέεται συνήθως με προχωρημένη νόσο. Ο βαθμός εκπαίδευσης συνάδει με ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων αλλά και ικανοποιητικό πολιτισμικό επίπεδο και με θέσεις στον εργασιακό χώρο με αξιόλογες αποδοχές. Πρώτα απ' όλα, οι επαρκείς γνώσεις βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση των πληροφοριών που λαμβάνονται. Δεύτερον, οι ικανοποιητικοί πόροι διευκολύνουν την διεξαγωγή του πλάνου αντιμετώπισης της νόσου διότι καλύπτονται οι ανάγκες που προκύπτουν με τα νέα δεδομένα. Τέλος, η καλή οικονομική κατάσταση μπορεί να επιτρέψει την πρόσβαση σε αποτελεσματικότερα μέσα για τη θεραπεία του ασθενούς.

Όσον αφορά το άγχος που προκαλείται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς βιώνουν το ίδιο επίπεδο άγχους ανεξάρτητα από το στάδιο που ανιχνεύεται ο καρκίνος. Οι λόγοι σύμφωνα με τους οποίους μπορεί να δημιουργηθεί άγχος στην γυναίκα είναι ο φόβος για το βαθμό που θα επηρεαστεί η

οικογένεια της και εάν θα μπορέσει ο σύντροφος να προσαρμοστεί στις καινούριες συνθήκες. Μερικές γυναίκες ανησυχούν πως η ασθένεια τους είτε θα αποτελέσει αίτιο να τερματιστεί η σχέση τους είτε ο σύντροφος θα προσπαθήσει να βρει καινούρια σύντροφο στη ζωή του. Όσο για το άγχος που αφορά την αντίδραση αλλά και την προσαρμογή των οικογενειών τους, διαπιστώνεται ότι είναι σε υψηλότερο επίπεδο συγκριτικά με το άγχος που αισθάνεται η γυναίκα για τον εαυτό της σχετικά με τη νόσο και τι θα ακολουθήσει (Knobf, 2011).

Μετά τη διάγνωση, εφόσον ο ασθενής αρχίζει και κατανοεί τι συμβαίνει, παρατηρείται πως αισθάνεται εμπιστοσύνη ως προς τους επαγγελματίες υγείας διότι του παρουσιάζουν τις θεραπευτικές επιλογές. Το αποτέλεσμα είναι ο καθησυχασμός του ασθενή όσον αφορά τις προοπτικές της κατάστασής του μελλοντικά, αλλά αυτό εξαρτάται και από τον ίδιο τον ασθενή και τον βαθμό που θα μπορέσει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Παρ' όλα αυτά, η ψυχολογία του δε βελτιώνεται ιδιαίτερα σημαντικά αλλά υπάρχει βελτίωση στο πρόβλημα της αϋπνίας. Η ποιότητα ζωής ενδέχεται να παρουσιάσει βελτίωση μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και την πάροδο κάποιων χρόνων, όμως δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, κάποιοι ασθενείς ένα με δύο χρόνια μετά από χειρουργική επέμβαση και των λοιπών θεραπευτικών μεθόδων δηλώνουν πως η ζωή τους αλλάζει θετικά ενώ άλλοι συνεχίζουν να ανησυχούν πολύ και διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη και χρόνια στρες. Επίσης έχει παρατηρηθεί πως μετά από λίγα χρόνια αφού έχει γίνει η αρχική διάγνωση, ο ασθενής δεν έχει κάποιο αντίκτυπο στην ζωή του λόγω της εξέλιξης της νόσου όσο σοβαρή και αν είναι αυτή. Κατά κύριο λόγο, αρνητικές επιπτώσεις φαίνεται να έχει το ιστορικό ψυχογενών διαταραχών καθώς και η ηλικιακή ομάδα που ανήκει ο ασθενής.

Η ψυχολογία της γυναίκας μπορεί να επηρεάζεται συχνά από τις αλλαγές που προκαλούνται στο σώμα της και κυρίως στους μαστούς και στο βραχίονα. Μπορεί μετά από επεμβάσεις να προκληθεί ασυμμετρία καθώς και αλλοιώσεις του δέρματος. Γενικά όμως αλλαγές μπορούν να παρατηρηθούν και πριν από επεμβάσεις λόγω των κλινικών χαρακτηριστικών που έχει ο κάθε τύπος καρκίνου του μαστού, όπως για παράδειγμα η εισολκή των θηλών. Το στήθος της γυναίκας είναι ένα εξωτερικό χαρακτηριστικό που τονίζει τη θηλυκότητά της, έχει ρόλο στη μητρότητα όπως και στη σεξουαλική της ζωή. Συνεπώς, όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα στους μαστούς δημιουργείται άγχος στην ασθενή. Επηρεάζεται η αυτοεκτίμηση της και η

αυτοπεποίθηση που είχε γύρω από το σώμα της. Αυτές οι μεταβλητές πολλές φορές οδηγούν σε διαταραχή της σεξουαλικότητας τους.

Μια ακόμα κατάσταση που προκαλεί έντονο προβληματισμό σε μια γυναίκα είναι όταν δεν έχει κάποια εργασιακή απασχόληση. Αρχικά, υπάρχει ο φόβος σχετικά με το αν θα έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέλθει οικονομικά. Επίσης λόγω επαρκούς χρόνου στη διάθεση της, σκέφτεται σε μεγάλο βαθμό για τη νόσο και το αντίκτυπο που έχει στη ζωή της με αποτέλεσμα να αγχώνεται περισσότερο. Παράλληλα η απασχόληση συμβάλλει στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων γεγονός το οποίο ενδεχομένως να είχε θετική επιρροή στην ψυχολογία της γυναίκας. Παρ' αυτά, ανησυχίες δημιουργούνται και στις γυναίκες με απασχόληση και έτσι εμποδίζεται η απόδοση τους. Η αλλαγή του σώματος και συνηθέστερα η πτώση των μαλλιών ύστερα από χημειοθεραπείες, προκαλεί δυσφορία ως προς το ντύσιμο ώστε να καλυφθούν κατάλληλα αυτές οι αλλαγές. Γενικώς η αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό όλων των κοινωνικών δραστηριοτήτων (Hamer et al., 2017).

6.2 Ποιότητα ζωής της οικογένειας

Παρατηρείται πολύ συχνά πως η οικογένεια του ασθενούς συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του ενάντια στη νόσο και τον στηρίζει σε μεγάλο βαθμό ψυχολογικά από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση. Γενικότερα η οικογένεια θεωρείται ένα σύνολο ανθρώπων το οποίο το χαρακτηρίζει η ανθεκτικότητα και δύναται να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις που θα προκύψουν. Ωστόσο, η περίθαλψη ενός μέλους της οικογένειας που νοσεί από καρκίνο αποτελεί μεγάλη πρόκληση καθώς επηρεάζονται συνήθως όλα τα υπόλοιπα μέλη και ιδιαίτερα εκείνα που βοηθούν στη φροντίδα. Δημιουργείται μεγάλη επιβάρυνση, εκτός της σωματικής κόπωσης, σε πολλά επίπεδα όπως το συναισθηματικό, το οικονομικό αλλά και το κοινωνικό. Οι παράγοντες που σχετίζονται με το τρόπο που θα διαμορφωθεί η επιβάρυνση των φροντιστών είναι το φύλο και η ηλικία του πάσχοντος, η κλινική του εικόνα, η μέθοδος θεραπείας που έχει επιλεγεί και η κατάσταση της ψυχικής του υγείας (Li et al., 2018).

Πιο αναλυτικά, ορισμένα από τα πιο συχνά προβλήματα που παρουσιάζουν τα μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς, είναι διαταραχές στο πεπτικό και γαστρεντερικό σύστημα καθώς και στον ύπνο, ανορεξία, σωματικός πόνος και εξάντληση. Παρατηρείται πως κυρίως το μέλος της οικογένειας που γίνεται

φροντιστής, είναι ο σύζυγος. Ο σύζυγος αποκτάει περισσότερες ευθύνες και καλείται να προσαρμοστεί σε επιπλέον υποχρεώσεις του νοικοκυριού, να μεριμνήσει για τα παιδιά εάν υπάρχουν και να προσπαθήσει να προσαρμοστεί στα προβλήματα σεξουαλικότητας που προκύπτουν στη γυναίκα. Συνήθως, παρόλο τους διαφορετικούς πολιτισμούς που υπάρχουν παγκοσμίως, τα προβλήματα των φροντιστών είναι ως επί το πλείστον κοινά. Βέβαια υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες ανάλογα την κοινωνία που συμβάλλουν στη διαδικασία προσαρμογής ασθενή και φροντιστή στη νόσο όπως η θρησκεία σε ισλαμικές χώρες (Jahani et al., 2020).

6.3 Ποιότητα ζωής επιζώντων

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί αύξηση του ποσοστού των επιζώντων από καρκίνο του μαστού. Έχει δημιουργηθεί λοιπόν, μεγαλύτερη ανάγκη για την βελτιστοποίηση της ζωής αυτών των ατόμων. Στόχος είναι να διευκολυνθεί η καθημερινότητα, η λειτουργικότητα του ατόμου καθώς και να εξισορροπηθεί η ψυχολογική του κατάσταση. Πιο συχνά, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επιζώντες είναι οι μακροχρόνιες παρενέργειες των θεραπειών όπως το μειωμένο εύρος κινήσεων του άνω άκρου ύστερα από χειρουργείο και ο πόνος. Συστήνεται γι' αυτές τις περιπτώσεις να ακολουθείται θεραπεία ώστε να βελτιωθούν οι ικανότητες του ατόμου. Πέρα από την καθημερινότητα, οι δυσκολίες αυτές εμποδίζουν ακόμα και την κοινωνική ζωή. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι η ηλικιακή ομάδα που ανήκει το άτομο και η μετάσταση. Γενικότερα η εμφάνιση μεταστατικού καρκίνου είναι μια μεταβλητή που δείχνει ότι οι γυναίκες αυτές έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με εκείνες που δεν αντιμετωπίζουν προχωρημένη νόσο (Costa, 2017).

Υπάρχουν στοιχεία τα οποία σχετίζονται με την περίοδο κατά την οποία η γυναίκα νοσούσε και έχουν επίδραση στη ζωή της μετέπειτα. Τα πιο σημαντικά είναι η οικονομική κατάσταση, ο τύπος θεραπείας που εφαρμόστηκε και το χρονικό διάστημα που πέρασε από τη στιγμή της διάγνωσης έως την ίαση. Οι ασθενείς που έλαβαν δύο ή και περισσότερες θεραπείες σε συνδυασμό, είχαν χειρότερη εικόνα υγείας μετά το πέρας των διαδικασιών από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Αυτό συμβαίνει επειδή οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ή σε κάποια παρέμβαση των λεμφαδένων της μασχάλης και μετά σε χειρουργική επέμβαση, έχουν πιθανότητες να αποκτήσουν χρόνια αλλεργία ή να αισθάνονται ενόχληση στην περιοχή. Επίσης χειρουργεία όπως η μαστεκτομή

δημιουργούν προβλήματα κινήσεων των άκρων, οιδήματα και άλγος (Huang et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία

- Πρόληψη: Έχει παρατηρηθεί πως ο νοσηλευτής έχει αποκτήσει ακόμα πιο καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση του καρκίνου συγκριτικά με παλαιότερα. Η συμβολή του στην ανίχνευση της νόσου ωθεί το άτομο να επιλέξει τα αποτελεσματικότερα μέτρα πρόληψης καθώς και τις καταλληλότερες διαγνωστικές μεθόδους. Ωστόσο για να έχει αυτές τις ικανότητες ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι καταρτισμένος με επαρκείς γνώσεις. Αναλαμβάνει το ρόλο του εκπαιδευτή και ενημερώνει τα άτομα σχετικά με την πρόληψη, τους παράγοντες κινδύνου και την πρόωπη διάγνωση. Πιο συγκεκριμένα, συστήνει μεθόδους πρόληψης, τρόπους περιορισμού της πιθανότητας να αναπτυχθεί η νόσος και τις μεθόδους που εφαρμόζονται ώστε να ανιχνευθεί έγκαιρα. Έχει την ευθύνη να εκτιμήσει εάν ο ασθενής εμφανίζει προειδοποιητικά σημάδια και να ενημερώσει τους επαγγελματίες υγείας ή να παραπέμψει τον ασθενή να επισκεφτεί κάποιον ειδικό. Σε περιπτώσεις που ο καρκίνος έχει πολλές πιθανότητες να αντιμετωπισθεί επιτυχώς, ο νοσηλευτής προσπαθεί να αποτρέψει τον ασθενή από το αίσθημα του φόβου διότι λόγω παραπληροφόρησης από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορεί να επηρεαστεί η ψυχολογία του (Kearney et al., 2011).
- Διάγνωση: Για τη διάγνωση ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενούς και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας του. Τους ενημερώνει σχετικά με τις εξετάσεις που πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής και τον τρόπο διεξαγωγής τους. Ακόμα, εξηγεί τους λόγους που έχει επιλεχθεί η κάθε εξέταση και δίνει τυχόν οδηγίες που χρειάζονται να ακολουθηθούν πριν τις εξετάσεις. Οι οδηγίες αυτές μπορεί να σχετίζονται για παράδειγμα με τη διατροφή και το χρονικό διάστημα που πρέπει να έχουν καταναλωθεί ορισμένες τροφές πριν τις διαγνωστικές διαδικασίες. Κατά την χρονική περίοδο που γίνεται η πιθανή ανίχνευση της νόσου, ο ασθενής και η οικογένεια του καταβάλλονται από αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος και ο φόβος. Ο νοσηλευτής οφείλει να τους στηρίζει ψυχολογικά ώστε να μπορέσουν να περιορίσουν τέτοιου είδους συναισθήματα (Osborn et al., 2016).

Θεραπεία

- Προεγχειρητική φροντίδα: Ένα από τα βασικά καθήκοντα του νοσηλευτή στην προεγχειρητική περίοδο, είναι η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και ο βαθμός που έχει προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες που σχετίζονται με την χειρουργική επέμβαση. Σημαντική προϋπόθεση είναι να είναι πλήρως ενημερωμένος για τη διεργασία της χειρουργικής επέμβασης ώστε να έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει τους τρόπους που συμπεριφέρεται ο ασθενής. Εφόσον υπάρχουν γνώσεις σχετικά με την επεμβατική μέθοδο, θα είναι σε θέση να προετοιμάσει σωστά τον ασθενή προεγχειρητικά. Επίσης θα μπορεί να βρίσκει και να προσδιορίζει τα όρια της εκτομής, καθώς και τον εξοπλισμό που απαιτείται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μετεγχειρητικά. Παρατηρείται πως ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών πανικοβάλλεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ανησυχεί για την εξέλιξη της και περιβάλλεται από το αίσθημα του θυμού. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής επιδιώκει να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ εκείνου, του ασθενούς και των ανθρώπων που βρίσκονται δίπλα στον ασθενή. Εκτός της εμπιστοσύνης, είναι σημαντικό η σχέση αυτή να περιλαμβάνει ειλικρίνεια και καλή επικοινωνία. Το αποτέλεσμα που μπορεί να επέλθει είναι η ύπαρξη αισιοδοξίας από τον ασθενή σε λογικά πλαίσια. Ένας άλλος προβληματισμός των ασθενών αφορά την οικονομική κάλυψη των αναγκών τους. Ο νοσηλευτής οφείλει να τους παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους πόρους που μπορούν να αξιοποιήσουν για την αντιμετώπιση της νόσου (Osborn et al., 2016).
- Μετεγχειρητική φροντίδα: Μετά από επέμβαση μαστεκτομής, η ασθενής αντιμετωπίζει ορισμένα προβλήματα. Δεν έχει τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθεί διότι ο πόνος περιορίζει το εύρος των κινήσεων της καθώς και η χειρουργική επίδεση, μερικά φάρμακα περιλαμβάνουν κατασταλτική δράση και υπάρχει το αίσθημα του φόβου μην τραυματίσει κατά λάθος την χειρουργική τομή. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την ασθενή να αυτοεξυπηρετείται στο μέγιστο δυνατό βαθμό και πραγματοποιεί κάποιες παρεμβάσεις ώστε να τη διευκολύνει ακόμα περισσότερο στην καθημερινότητα της. Αρχικά, θα πρέπει να διασφαλίσει πως η ασθενής έχει κατανοήσει ότι της δίνεται όσος χρόνος της χρειάζεται για να εκτελέσει κάποιες δραστηριότητες. Τα πράγματα που της είναι απαραίτητα είναι βοηθητικό να τοποθετούνται σε κοντινή απόσταση από

την κλίνη. Ύστερα από ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα θα μπορεί να κάνει ασκήσεις με σκοπό την ενδυνάμωση του χειρουργημένου άκρου, οπότε ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει την ασθενή υποδεικνύοντας της αυτές τις ασκήσεις. Τη βοηθάει επίσης κατά τις διαδικασίες της ατομικής υγιεινής όπως το μπάνιο επειδή απαιτούνται εκτάσεις και απαγωγές του εν λόγω άκρου. Σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη από τους φροντιστές της ώστε να ενθαρρύνεται να πραγματοποιεί κάποιες δραστηριότητες που θα της προσδώσουν ανεξαρτησία και γι αυτό ο νοσηλευτής διαθέτει χρόνο και του εξηγεί πως θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την κατάσταση (Δελτσίδου και συν., 2011).

Ο μετεγχειρητικός πόνος φτάνει στη μέγιστη έντασή του συνήθως τις πρώτες 24 με 48 ώρες μετά την επέμβαση. Ωστόσο εξαρτάται από την ασθενή και το είδος του χειρουργείου. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να αξιολογεί σε τακτικά χρονικά διαστήματα το βαθμό άνεσης που αισθάνεται η ασθενής.

Χρησιμοποιούνται συνήθως κλίμακες αξιολόγησης του πόνου, οι οποίες καταγράφονται από την ασθενή, ξεκινώντας από τον αριθμό 0 που αντιστοιχεί στο καθόλου ως το 10 που αντιστοιχεί στον εντονότερο πόνος που μπορεί να νιώσει. Μπορεί να υπάρχει έλεγχος του πόνου με τη χορήγηση αναλγησίας. Τα φάρμακα που δίνονται κατά βάση είναι ναρκωτικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Στην περίπτωση που ο πόνος δε μειώνεται ή επιδεινώνεται, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει τον θεράποντα ιατρό για την κατάλληλη αντιμετώπιση της κατάστασης. Εκτός από τον πόνο θα πρέπει να αξιολογείται και η κατάσταση του χειρουργικού τραύματος. Ο νοσηλευτής εκτιμάει τη θερμοκρασία της ασθενούς, τον αριθμό των λευκοκυττάρων της και το σάκχαρο ορού, διότι κάποια μεταβολή σε αυτά τα σημεία υποδηλώνει λοίμωξη. Η επίδεση θα πρέπει να αλλάζεται σε όλες τις βάρδιες τηρώντας άσηπτη τεχνική και να γίνεται έλεγχος για την παρουσία λοίμωξης. Σημαντικό είναι να ενθαρρύνεται η ασθενής να ακολουθεί κατάλληλη διατροφή που θα περιλαμβάνει υψηλό επίπεδο πρωτεϊνών και βιταμινών.

Υπάρχουν μερικά προβλήματα που προκύπτουν από την αναισθησία ή τα ναρκωτικά και χρήζουν συγκεκριμένη αντιμετώπιση. Ένα πρόβλημα που προκαλείται είναι η ναυτία και ο εμετός. Ο νοσηλευτής τα αξιολογεί καθώς και την κοιλιακή διάταση και τα αέρια. Εάν έχει τοποθετηθεί ρινογαστρικός

καθετήρας και δοθεί ιατρική οδηγία, τότε θα πρέπει να παραμείνει ώστε να ανακουφίζεται η ασθενής. Ενδείκνυται να απαγορευτεί η κατάποση από το στόμα μέχρι να ελαττωθεί η ναυτία. Η διατροφή αλλάζεται σταδιακά και χορηγούνται αντιεμετικά εφόσον υπάρχει ιατρική οδηγία. Η ασθενής ενθαρρύνεται να μεταβάλει τη θέση του σώματος της σε αργές κινήσεις. Μπορούν ακόμα να τοποθετηθούν κρύες κομπρέσες, να πραγματοποιηθεί φροντίδα του στόματος και να διδαχθεί η ασθενής πως βοηθούν οι βαθιές αναπνοές και η ανάπαυση. Άλλο πρόβλημα που ενδέχεται να παρουσιαστεί, είναι η αναπνευστική δυσχέρεια. Η ασθενής παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σχετικά με τη συχνότητα των αναπνοών της, το βάθος τους, εάν υπάρχει ψιθύρισμα κατά την αναπνοή και τον κορεσμό του οξυγόνου. Γίνεται ανύψωση της κλίνης, ρυθμίζεται η παροχή οξυγόνου ώστε να διατηρείται στο επιθυμητό ποσοστό και γίνεται διδασκαλία για βαθιές αναπνοές και την εξάσκηση με τη βοήθεια σπιρόμετρου.

Η διούρηση είναι μια κατάσταση που επίσης προκύπτει από την αναισθησία του χειρουργείου και τα ναρκωτικά φάρμακα. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ισοζύγιο των υγρών, παροτρύνει την ασθενή να λαμβάνει υγρά από το στόμα εάν είναι σε θέση και επιδιώκει να πυροδοτήσει το αντανακλαστικό της ούρησης. Στην περίπτωση που περάσει το χρονικό διάστημα των 8 ωρών από το χειρουργείο και η ασθενής δεν έχει καταφέρει να ουρήσει, τότε θα πρέπει να υποβληθεί σε υπερηχογράφημα και ύστερα να ενημερωθεί ο θεράπωντας ιατρός (Kearney et al., 2011).

Μία σημαντική παρέμβαση που εκτελεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τους Osborn et al., (2016), είναι να εκτιμήσει εάν η ασθενής και οι φροντιστές του έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με το μετεγχειρητικό πλάνο φροντίδας.

Ανάλογα με το είδος της επέμβασης θα πρέπει να δοθούν πληροφορίες σχετικά με:

- ❖ Το πώς αναμένεται να αναρρώσει η ασθενής
- ❖ Τη διαδικασία περιποίησης του χειρουργικού τραύματος
- ❖ Τις ασκήσεις που χρειάζονται για την κινητοποίηση και την έγκαιρη ανάρρωση της ασθενούς
- ❖ Την κατάλληλη διατροφή
- ❖ Την φαρμακευτική αγωγή

- ❖ Την πρόληψη και την αντιμετώπιση επιπλοκών της επέμβασης καθώς και την ανακούφιση των συμπτωμάτων
- ❖ Το χρονοδιάγραμμα που πρέπει να γίνονται επαναληπτικοί έλεγχοι
- **Ακτινοθεραπεία:** Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται τοπικά και μπορεί να έχει παρενέργειες είτε στο σημείο της ακτινοβολίας είτε ευρύτερα στον οργανισμό. Πολλές φορές εξουθενώνουν τους ασθενείς και παρατηρείται αντίκτυπο και στην οικογένεια τους. Η πρόληψη και ο περιορισμός των ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοβολίας ανήκει στα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο νοσηλευτής είναι ο αρμόδιος που θα αξιολογήσει, θα σχεδιάσει, θα εφαρμόσει και θα εκτιμήσει τους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχθούν αυτοί οι σκοποί. Συνήθως οι ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται είναι ανορεξία και κόπωση, αλλοιώσεις στο δέρμα, και καταστολή του μυελού των οστών. Όσον αφορά τις δερματικές αλλαγές, ο ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να εφαρμόζει σωστά μέτρα υγιεινής διότι έτσι θα περιοριστούν ορισμένα θέματα και ώστε να γνωρίζει πότε να αναφέρει έγκαιρα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ότι υπάρχει ένδειξη δερματικής αλλαγής. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την κατάσταση του δέρματος όσο διαρκούν οι θεραπείες για εκδηλώσεις όπως η απολέπιση και η ερυθρότητα. Εάν εμφανίζονται τέτοια σημεία τότε γίνεται ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για να ακολουθήσει η αντιμετώπιση τους. Με τα μέτρα αντιμετώπισης ελαττώνεται ο πόνος, τυχόν επιπλοκές και η ακτινοθεραπεία διεξάγεται πιο ομαλά. Γενικότερα, για τις υπόλοιπες ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει οι ασθενείς να ενημερωθούν πως είναι αναμενόμενες ώστε να σταματήσουν να πιστεύουν πως η θεραπεία δεν τους βοηθά να αντιμετωπιστεί η νόσος. Διδάσκοντας τους παρεμβάσεις αυτούς και τις οικογένειες τους, θα μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που θα έχουν εκτός νοσοκομείου όπως η κόπωση και η ανορεξία. Άλλο ένα στοιχείο που χρειάζεται εκπαίδευση είναι η προφύλαξη από καταστάσεις όπως η αναιμία και η θρομβοκυτταροπενία. Είναι σύνηθες να είναι απαραίτητη η ενδυνάμωση της ασθενούς την χρονική περίοδο της συνεδρίας. Έχει παρατηρηθεί πως η ποιότητα ζωής της ασθενούς αλλάζει και μπορεί να υπάρξει αντίκτυπο και στην κοινωνική της ζωή (Dewit, 2009).
- **Χημειοθεραπεία:** Για τον χειρισμό ενός ασθενούς που του χορηγείται χημειοθεραπεία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις και προσόντα εκτός της βασικής εκπαίδευσης που έχει ήδη λάβει. Τα συγκεκριμένα

στοιχεία προκύπτουν από πολυετή εμπειρία και σπουδές πάνω στο αντικείμενο. Κατά βάση υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται συχνά για τη διαχείριση του ασθενούς και την αντιμετώπιση παρενεργειών όπως η τοξικότητα ορισμένων φαρμάκων. Κάποια προβλήματα που προκαλεί η χημειοθεραπεία είναι αρκετά συνηθισμένα και απαιτούν συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης. Η ανορεξία προκύπτει από αλλαγές στη γεύση του ασθενούς ή την παρουσία φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας και της γλώσσας. Μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη πρόσληψη τροφής και υγρών. Ένας τρόπος αντιμετώπισης είναι η εκπαίδευση του ασθενούς να περιποιείται το στόμα του επιμελώς, ειδικότερα πριν από την έναρξη των θεραπειών. Επιπλέον συστήνονται υγρά που δεν ερεθίζουν την φλεγμονή, τη χρησιμοποίηση τεχνητού σάλιου και την τακτική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας. Εάν παρατηρείται ξηρότητα τότε ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει για τακτική λήψη νερού. Η βλεννογονίτιδα που επίσης αφορά το στόμα, απαιτεί αφενός την προφύλαξη του βλεννογόνου αφετέρου την προστασία της οδοντοστοιχίας και των ούλων. Ο ασθενής διδάσκεται από τον νοσηλευτή σχετικά με την τακτική και επίμονη υγιεινή που πρέπει να ακολουθήσει. Ακόμα, διδάσκεται για το ορθό βούρτσισμα των δοντιών (Kearney et al., 2011).

Για τον πόνο που προκαλείται από τη βλεννογονίτιδα, του συστήνονται ειδικά σκευάσματα τα οποία είναι αντιφλεγμονώδη και προκαλούν τοπική αναισθησία. Η ανορεξία και η βλεννογονίτιδα είναι δύο ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες οδηγούν στην απώλεια βάρους. Η πρώτη ενέργεια του νοσηλευτή είναι να εκτιμηθεί και να καταγραφεί το βάρος του ασθενούς. Στην συνέχεια γίνεται η εκπαίδευση του σχετικά με τη σωστή διατροφή που θα πρέπει να ακολουθεί. Στο διαιτολόγιο προστίθενται πρωτεΐνες και τα γεύματα γίνονται μικρά και σε μικρή συχνότητα. Συνήθως βοηθάει ο ασθενής να γευματίζει σε ήρεμο και ευχάριστο μέρος. Η ναυτία και ο εμετός είναι δύο προβλήματα που έχουν μερικούς κοινούς τρόπους αντιμετώπισης. Ο νοσηλευτής χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα και διδάσκει τον ασθενή σχετικά με συγκεκριμένη διατροφή που συστήνεται. Τον εκπαιδεύει για την σωστή υγιεινή του στόματος και επιδιώκει να διατηρήσει το περιβάλλον ήρεμο, απαλλαγμένο από θορύβους ή οσμές. Του υποδεικνύει επίσης τεχνικές όπως οι βαθιές αναπνοές και τον παρακολουθεί για αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Η διάρροια που είναι

αποτέλεσμα των περισσότερων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη χημειοθεραπεία, αντιμετωπίζεται με την διδασκαλία του ασθενούς για αποφυγή κατανάλωσης τροφών που οδηγούν σε άμεση κένωση. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ακόμα την περιποίηση της περιοχής γύρω από τον πρωκτό με τη χρήση βαζελίνης και αλοιφών (Δελτσίδου και συν., 2011).

Η αλωπεκία είναι μια παροδική κατάσταση και παρατηρείται στο μεγαλύτερο ποσοστό των καρκινοπαθών. Ο ασθενής ενημερώνεται από τον νοσηλευτή πως όταν επανέλθει η τριχοφυΐα, τα μαλλιά μπορεί να διαφέρουν συγκριτικά με τη σύσταση που είχαν πριν πέσουν. Τον ενημερώνει ακόμα πως θα πρέπει να έχει προετοιμαστεί σχετικά με το κάλλυμα ή την περούκα που θα χρησιμοποιεί πριν υπάρξει απώλεια των μαλλιών. Επιπλέον του παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και τον ενθαρρύνει να εκφράζει τα συναισθήματα του. Γενικότερα ο ασθενής θα πρέπει να ωθηθεί να αισθανθεί πως το κοινωνικό περιβάλλον επιθυμεί να τον στηρίξει και να τον αντιμετωπίζει ως μοναδικό άτομο. Ο πόνος είναι το συνηθέστερο πρόβλημα της χημειοθεραπείας και δύναται να εμφανίζεται σε καθημερινή βάση. Υπάρχουν μέτρα ανακούφισης και περιορισμού του για τους περισσότερους ασθενείς. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να τον αξιολογεί και να σχεδιάζει νοσηλευτικές διεργασίες με σκοπό την αντιμετώπιση του. Κατά κύριο λόγο χορηγείται φαρμακευτική αγωγή όπως τα αναλγητικά. Υπάρχουν και εναλλακτικές τεχνικές που δεν σχετίζονται με φάρμακα. Μερικές από αυτές είναι η ξεκούραση μέσω του ύπνου και η απόσπαση της προσοχής του ασθενούς (Osborn et al., 2016).

- **Μετάσταση:** Η μετάσταση εμφανίζεται σε ορισμένους ασθενείς και η αντιμετώπιση της συνήθως είναι παρόμοια με εκείνη του καρκίνου που εμφανίστηκε αρχικά. Οι παρεμβάσεις που εκτελεί ο νοσηλευτής είναι πιο περίπλοκες επειδή η μετάσταση μπορεί να αναπτυχθεί σε πολλά συστήματα του οργανισμού. Θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει την πιθανότητα ανάπτυξης και τα σημεία που υποδηλώνουν ότι υπάρχει μετάσταση. Ο γιατρός αξιολογεί τον ασθενή ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα ώστε να αποκλείσει το ενδεχόμενο μεταστατικής νόσου (Dewit, 2009).

7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του ασθενούς και στη στήριξη της οικογένειάς του

Στην αρχή της διάγνωσης του καρκίνου, οι ασθενείς καταβάλλονται από έντονο άγχος και από ανησυχία. Όταν γίνεται ενημέρωση για τους τρόπους αντιμετώπισης της νόσου και την επίδραση που θα έχουν στον ασθενή, τότε εκείνος και η οικογένεια του αισθάνονται πιο ήρεμοι και ο φόβος τους ελαττώνεται. Με την μετάδοση τέτοιων πληροφοριών τα άτομα που νοσούν νιώθουν ότι τους δίνεται η δυνατότητα να ελέγχουν κατά κάποιο τρόπο αυτό που τους συμβαίνει. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει να φροντίζει τον ασθενή σε ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει διότι ο καρκίνος είναι μία νόσος που μπορεί να έχει αντίκτυπο σε όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενούς. Η ψυχολογική υποστήριξη ωθεί τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στο σχέδιο φροντίδας και βοηθάει και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να παρέχουν συνεχιζόμενη στήριξη στο νοσούντα ώστε να μπορεί να επανέλθει στην καθημερινότητα του. Επίσης τον παροτρύνει να ψάχνει τρόπους με τους οποίους θα περνά ευχάριστα μέσα στη μέρα του και να ισορροπεί το χρόνο που θα αφιερώνεται στις θεραπευτικές συνεδρίες (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).

Ο νοσηλευτής ασχολείται ακόμα με την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Προσεγγίζει τον ασθενή με το σύντροφο του και διαθέτει χρόνο να τους μιλήσει. Τους ενθαρρύνει να είναι κοντά και να έχουν σωματικές επαφές με εξαίρεση τις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι σε θέση, όπως μία πρόσφατη χειρουργική επέμβαση ή ανοσοκαταστολή. Άλλου είδους βοήθεια που παρέχει ο νοσηλευτής, είναι να προτείνει στον ασθενή και την οικογένεια του να απευθυνθούν σε κοινωνικό λειτουργό ώστε να τους καθοδηγήσει σχετικά με την διαχείριση των πόρων για την αντιμετώπιση της νόσου. Πολλοί ασθενείς έχουν την ανάγκη να εκφράζουν τι νιώθουν και κυρίως αναφέρουν πως φοβούνται για τη ζωή τους. Συνήθως αυτά τα συναισθήματα δεν μπορούν να περιοριστούν από τους φροντιστές τους. Ωστόσο ο νοσηλευτής δείχνοντας ότι είναι δίπλα στον ασθενή και πως ενδιαφέρεται για εκείνον, μπορεί να τον βοηθήσει να γίνει πιο δυναμικός. Οι ασθενείς έχουν την τάση να γίνονται επιθετικοί ως προς την οικογένεια τους και δημιουργείται ένταση. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα τους συντονίσει και θα βοηθήσει την οικογένεια να κατανοήσει πως η αλλαγή στη συμπεριφορά οφείλεται στην συναισθηματική αναστάτωση που προκαλεί ο καρκίνος. Η ψυχολογική υποστήριξη από τους

νοσηλευτές σε τέτοιες περιπτώσεις ανακουφίζουν σε σημαντικό βαθμό τα μέλη της οικογένειας καθώς και τον ασθενή (Dewit, 2009).

Στην περίπτωση που η νόσος είναι προχωρημένη ο ασθενής έχει υποβληθεί σε ένα σύνολο θεραπευτικών μεθόδων, όπως οι χημειοθεραπείες και οι ακτινοθεραπείες, με αποτέλεσμα την πρόκληση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων στον οργανισμό του. Η καθημερινότητά του επηρεάζεται και δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες που επιθυμεί, συνεπώς υπάρχει αλλαγή στην ποιότητα ζωής του. Αυτό που επιδιώκεται κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι να θέσει τον ασθενή ως επίκεντρο και να επιτρέψει σε αυτόν και την οικογένειά του να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό πλάνο. Η φροντίδα που απαιτεί η προχωρημένη νόσος περιλαμβάνει τη συνεχή και ολοκληρωμένη αξιολόγηση και αναζήτηση επίλυσης των σωματικών, ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων του εκάστοτε ασθενούς και της οικογένειάς του. Όταν δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να λαμβάνει μέρος στην επιλογή των θεραπευτικών μεθόδων, τότε ωθείται να προσαρμοστεί ευκολότερα στις διαφορετικές συνθήκες ζωής που αντιμετωπίζει.

Γενικότερα, ο ρόλος του νοσηλευτή σε προχωρημένη νόσο και το τελικό στάδιο ζωής, είναι κατά βάση υποστηρικτικός με στόχο την βοήθεια του ασθενούς και της οικογένειάς του να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τις ανάγκες που έχουν προκύψει. Η ψυχολογική υποστήριξη τους ξεκινά από τη στιγμή της αρχικής διάγνωσης έως την έξοδο των επιζώντων από το χώρο του νοσοκομείου και κατά τη διάρκεια του επανέλεγχου τους μετέπειτα, καθώς και ως την τελευταία στιγμή της ζωής των ασθενών που δεν κατάφεραν να ιαθούν. Η φροντίδα σε αυτά στάδια του καρκίνου επικεντρώνεται στην βελτίωση των προτερημάτων της θεραπευτικής μεθόδου που έχει επιλεγεί. Αυτό επιτυγχάνεται με την εκτίμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς και την διατήρηση της ποιότητας ζωής του σε ένα αξιολογικό επίπεδο. Οι όροι «παρηγορητική» και «ανακουφιστική» φροντίδα παρατηρείται πως έχουν κοινούς άξονες στην προχωρημένη νόσο όσον αφορά την αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων και την βελτιστοποίηση ποιότητας ζωής του ασθενούς. Παρ' όλα αυτά, διαφέρουν διότι η υποστηρικτική φροντίδα έχει περισσότερα καθήκοντα καθώς αρχίζει από την αρχική διάγνωση της νόσου έως ότου χαρακτηριστεί προχωρημένη και επικεντρώνεται κυρίως στα χρονικά διαστήματα που διεξάγονται οι θεραπείες. Η ανακουφιστική φροντίδα αφορά περιπτώσεις που δεν υπάρχει μεγάλο προσδόκιμο ζωής έως το τελικό στάδιο και το πένθος που βιώνει η

οικογένεια του ασθενούς. Επίσης η θεραπευτική ομάδα και οι οικογένεια έχουν μεγάλο ρόλο στις διαδικασίες αυτών των σταδίων (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2014).

Τελικό στάδιο ζωής: Όταν είναι γνωστό πως κάποιος βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του, ο νοσηλευτής μπορεί μόνο να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα στοχεύει σε ένα ποιοτικό επίπεδο ζωής επιδιώκοντας την κάλυψη των αναγκών του ατόμου είτε στο χώρο του νοσοκομείου είτε στο σπίτι. Αυτό το είδος φροντίδας χρειάζεται έναν κατάλληλα καταρτισμένο επαγγελματία υγείας με συγκεκριμένες γνώσεις και ικανότητες διότι το τελικό στάδιο ζωής ενός ανθρώπου θεωρείται σημαντικό. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει επίσης να προετοιμάσει τον ασθενή και την οικογένεια του σχετικά με το τι μπορεί να συμβεί στον ασθενή τις τελευταίες μέρες στον οργανισμό του. Επίσης τους εκπαιδεύει σχετικά με την αφυδάτωση που μπορεί να βιώσει ο ασθενής και πως μπορούν να τον ενυδατώσουν. Οι παρεμβάσεις που υπάρχει ενδεχόμενο να πραγματοποιήσει σχετίζονται με την διαχείριση του πόνου, της δύσπνοιας του ρόγχου θανάτου και του παραληρήματος. Ο πόνος συνήθως αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και κυρίως με διαδερμική φαιντανύλη και μορφίνη. Η δύσπνοια που είναι συχνή στο τελικό στάδιο ζωής, αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση, τον περιορισμό των σωματικών δραστηριοτήτων, την χορήγηση αγωγής και τον έλεγχο της θερμοκρασίας που έχει ο αέρας. Ο ρόγχος του θανάτου συμβαίνει λόγω αδυναμίας του ασθενούς να αποβάλλει τις εκκρίσεις του. Επιλέγεται φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει είτε ατροπίνη είτε σκοπολαμίνη. Το παραλήρημα μπορεί να περιλαμβάνει καταστάσεις όπως την ύπαρξη ψευδαισθήσεων. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την οικογένεια να παραμείνει ψύχραιμη και να συνομιλεί με τον ασθενή σε ήρεμους τόνους (Dewit, 2009).

~ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ~

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

8.1 Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία οργανωμένη μέθοδος που αποσκοπεί τον σχεδιασμό και την διεκπεραίωση του πλάνου φροντίδας του ασθενούς. Είναι το βασικότερο στοιχείο στην πρακτική των νοσηλευτών και οδηγεί σε ολιστική επίλυση των προβλημάτων του εκάστοτε ασθενούς. Το επίκεντρο της είναι ο ασθενής και στοχεύει στην βελτίωση των φυσικών, κοινωνικών και ψυχοπνευματικών αναγκών του. Για να επιτευχθούν οι στόχοι της νοσηλευτικής διεργασίας θα πρέπει ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων ή σε παρεμβάσεις που αφορούν τη φροντίδα του. Η συμμετοχή του εξαρτάται από την ιδεολογία που έχει για την υγεία, τις γνώσεις και την αντίληψη του και τη σχέση που έχει αναπτύξει με τον νοσηλευτή.

Αποτελείται από πέντε στάδια τα οποία είναι η αξιολόγηση, η νοσηλευτική διάγνωση, ο προγραμματισμός (σχεδιασμός), η εφαρμογή και η εκτίμηση.

Πιο αναλυτικά, στην αξιολόγηση μελετώνται οι ανάγκες του ασθενούς και οι πόροι που απαιτούνται για τη νοσηλευτική φροντίδα. Κατά τη νοσηλευτική διάγνωση τα στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί από την αξιολόγηση αναλύονται με σκοπό τον εντοπισμό ή την υπόθεση ύπαρξης προβλημάτων υγείας. Στον προγραμματισμό - σχεδιασμό- περιλαμβάνεται μία ακολουθία διαδικασιών κατά την οποία ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον ασθενή ορίζουν τις απαραίτητες προτεραιότητες και στόχους, με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων που έχουν διαπιστωθεί. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να πραγματοποιηθούν καθώς και οι στόχοι που αναμένεται να επιτευχθούν καταγράφονται. Στο στάδιο της εφαρμογής εκτελούνται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν προγραμματιστεί από τον νοσηλευτή ή κάποιο άλλο μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από συνεννόηση. Στο τελικό στάδιο που είναι η εκτίμηση, αξιολογείται ο βαθμός που ο ασθενής ανταποκρίθηκε στο πλάνο φροντίδας και γίνεται σύγκριση με τους αναμενόμενους στόχους που είχαν καταγραφεί στο στάδιο του προγραμματισμού. Στο σημείο αυτό πραγματοποιείται επανεκτίμηση του σχεδίου φροντίδας και στην περίπτωση που είναι απαραίτητο γίνονται οι κατάλληλες τροποποιήσεις (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Πρώτο περιστατικό

Όνοματεπώνυμο: Χ. Χ.

Φύλο: Θήλυ

Ηλικία: 47 ετών

Επάγγελμα: Ιδιωτική υπάλληλος

Οικονομική κατάσταση: Μετρίου οικονομικού εισοδήματος

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Τέκνα: 1

Γυναίκα ασθενής, 47 ετών έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία στις 25/05/2012 και ώρα 11:30π.μ. στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Στις 2:30μ.μ. παρουσίασε τα εξής συμπτώματα: ναυτία, έμετο και διαρροϊκές κενώσεις. Επίσης η ασθενής παρουσιάζει λεμφοίδημα διότι έχει υποβληθεί προ έξι εβδομάδων σε χειρουργική επέμβαση των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και διαπιστώθηκε:

Α.Π.:85/55mmHg,

Σφύξεις: 65/min

Θερμοκρασία: 36,9°C

Αναπνοές:15/min

SpO₂: 88%.

Κατά τη διάγνωση προέκυψε ότι η ναυτία, ο έμετος και η διάρροια είναι ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Ακόμα, η ασθενής παρουσιάζει υποξία που προέρχεται από πιθανή καταστολή του μυελού των οστών που αποτελεί εξίσου ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Το λεμφοίδημα δημιουργήθηκε λόγω συσσώρευσης λέμφου ύστερα από ριζική μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.

Νοσηλευτική Διεργασία Πρώτου Περιστατικού

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία, έμετος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία και έμετος που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση τροφών και υγρών ανά 3 με 4 ώρες σε μικρές ποσότητες και επιλογή τροφών πλούσιες σε πρωτεΐνες και θερμίδες αλλά να είναι χλιαρές καθώς και τροφές που διευκολύνουν την πέψη όπως φρυγανιές και κράκερ • Διδασκαλία της ασθενούς να λαμβάνει τροφή πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και αν η οσμή 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκαν φρυγανιές καθώς και νερό σε μικρές ποσότητες ανά 3 με 4 ώρες και στη σωστή θερμοκρασία • Η ασθενής ενημερώθηκε τότε ενδείκνυται η κατανάλωση φαγητού και πώς να λαμβάνει 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ακολουθεί σωστές διατροφικές συνήθειες και οι εμετοί έχουν μειωθεί • Η ασθενής έλαβε υπόψη τότε πρέπει να καταναλώνει φαγητό και πως τις τροφές που προκαλούν

		<p>της τροφής οδηγεί σε ναυτία τότε να καταναλώνεται κρύα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για τους εναλλακτικούς τρόπους με τους οποίους δύναται να μειωθεί η ναυτία • Διδασκαλία για αργή μάσηση και για επιλογή κατάκλισης τουλάχιστον 2 ώρες από το φαγητό • Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, 	<p>τροφές που της προκαλούν ναυτία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε πως η ναυτία ελαττώνεται μερικές φορές με τη μάσηση τσίχλας ή με γλείψιμο ξινή ή σκληρήs καραμέλαs • Η ασθενής ενημερώθηκε για τη σωστή μάσηση και την αποφυγή κατάκλισης σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 2 ωρών μετά το φαγητό • Ο νοσηλευτής μετέφερε την ασθενή σε 	<p>ναυτία θα πρέπει να τις καταναλώνει κρύες</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής κατανόησε τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της ναυτίας και δήλωσε πως στην επόμενη χημειοθεραπεία θα έχει μαζί της κάποιο από τα παρασκευάσματα που της προτάθηκαν • Η ασθενής ακολούθησε τις οδηγίες που της δόθηκαν σχετικά την αργή μάσηση του φαγητού και την αποφυγή της κατάκλισης • Μετά τη μεταφορά της ασθενούς σε
--	--	---	--	--

		<p>περιορισμός των ενοχλητικών οσμών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση για στοματική υγιεινή • Διδασκαλία του ασθενούς να εκτελεί βαθιές αναπνοές εάν συνυπάρχει ναυτία • Παρακολούθησ η για αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών και χορήγηση υπέρτονου 	<p>μονόκλινο θάλαμο και φρόντισε για τον επαρκή αερισμό του χώρου</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής εξήγησε στην ασθενή ότι πρέπει να πραγματοποιεί τακτικό βούρτσισμα και να χρησιμοποιεί Hexalen (1X3) • Η ασθενής ενημερώθηκε πως για την αποφυγή του εμετού σε περίπτωση που αισθάνεται ναυτία, θα πρέπει να πραγματοποιεί βαθιές αναπνοές • Η ασθενής παρακολουθήθη κε ανά 4 ώρες για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές και 	<p>μονόκλινο θάλαμο αισθάνθηκε καλύτερα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής κατανόησε πως πρέπει να φροντίζει τη στοματική της κοιλότητα και χρησιμοποίησε το Hexalen συστηματικά • Η ασθενής πραγματοποίησε βαθιές αναπνοές όταν αισθανόταν ναυτία • Η ασθενής δεν παρουσιάζει πλέον αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές
--	--	--	---	---

		<p>διαλύματος για την αντιμετώπισή τους</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιεμετικών I.V. κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<p>χορηγήθηκε ορός N/S 0.9% 1000cc με 2 amp KCl</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση Primperan IV (1X3) συστηματικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα και αναφέρει πως η ναυτία μειώθηκε και οι έμετοι σταμάτησαν
<ul style="list-style-type: none"> Διαρροϊκές κενώσεις 	<ul style="list-style-type: none"> Διαρροϊκές κενώσεις που σχετίζονται με τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> Διδασκαλία της ασθενούς να προτιμά φαγητά που έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες Παρακολούθηση των χαρακτηριστικών των κοπράνων ανά 4 ώρες Περιποίηση της περιπρωκτικής περιοχής με τη 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής ενημερώθηκε ποια είναι η σωστή διατροφή για την αντιμετώπιση των διαρροϊκών κενώσεων Έγινε παρακολούθηση της χροιάς, της σύστασης, της ποσότητας, του αριθμού, του ρυθμού, της οσμής και του σχήματος των κοπράνων ανά 4 ώρες Εφαρμόστηκε βαζελίνη στην περιπρωκτική 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής κατανόησε ποιες τροφές πρέπει να αποφεύγει σε περιπτώσεις διαρροϊκών κενώσεων Έγινε εκτίμηση των κοπράνων ανά 4 ώρες Δεν υπήρξε λύση του δέρματος, η ασθενής δεν

		<p>χρήση βαζελίνης και ειδικών αλοιφών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθησε για αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών και χορήγηση υπέρτονου διαλύματος για την αντιμετώπισή τους 	<p>περιοχή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρακολουθήθηκε ανά 4 ώρες για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές και χορηγήθηκε υπέρτονο διάλυμα Ringer's 1000cc (1X1) 	<p>νιώθει ενόχληση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ύστερα από τη χορήγηση υπέρτονου διαλύματος οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές αποκαταστάθηκαν
<ul style="list-style-type: none"> • Υποξία 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποξία που σχετίζεται με την καταστολή του μυελού των οστών ως ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού για την παρουσία υποξίας • Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων για τα επόμενα δύο 24ωρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο γιατρός και κατόπιν οδηγίας του, τέθηκε O₂ υψηλής ροής με μάσκα Venturi συγκέντρωσης 40% και ροής 10 lt/min • Έγινε λήψη αίματος και το δείγμα στάλθηκε για εργαστηριακό έλεγχο 	<ul style="list-style-type: none"> • Η τιμή κορεσμού του οξυγόνου (SpO₂) έφτασε 94% • Ο νοσηλευτής διαπίστωσε από τις εξετάσεις αίματος πως η τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων ήταν μικρότερη από 3000/mm³

		<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση Neurogen με δραστική ουσία που αποτελεί αντινεοπλασματικό και ανοσοτροποποιητικό παράγοντα υποδορίως (1X1) και επαναληπτικές εξετάσεις αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> Ο γιατρός ενημερώθηκε και χορηγήθηκε Neurogen (1X1) 24 ώρες μετά τη χημειοθεραπεία και πραγματοποιήθηκε επαναληπτικός εργαστηριακός έλεγχος μετά την αγωγή εφόσον λήφθηκε ξανά αίμα από την ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> Ύστερα από τον επαναληπτικό εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε πως η τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων ήταν φυσιολογική
<ul style="list-style-type: none"> Λεμφοίδημα 	<ul style="list-style-type: none"> Λεμφοίδημα που σχετίζεται με μετεγχειρητικές επιπλοκές 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου Υπόδειξη ασκήσεων του άκρου, σύσταση ενεργητικών ασκήσεων των σκελετικών μυών 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμόστηκε πιεστικός επίδεσμος Η ασθενής εκπαιδεύτηκε με τις ασκήσεις που πρέπει να εκτελεί 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πιεστικός επίδεσμος βοήθησε την φλεβική επιστροφή και το λεμφοίδημα αρχίζει να υποχωρεί Η νοσηλεύτρια παρατήρησε πως η ασθενής εκτελεί σωστά τις ασκήσεις

- Διδασκαλία για περιποίηση του δέρματος μέσω του καθαρισμού και διατήρησής του στεγνό
- Διδασκαλία της ασθενούς να εμποδίσει τους επαγγελματίες υγείας να μετρήσουν την αρτηριακή της πίεση ή να λαμβάνουν αίμα από το σύστοιχο άνω άκρο που παρουσιάζεται το λεμφοίδημα

- Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την ασθενή πως πρέπει να διατηρεί καθαρό και στεγνό το δέρμα της
- Ο νοσηλευτής εξήγησε στην ασθενή πως πρέπει να προστατεύει το σύστοιχο άνω άκρο της από κάποιες παρεμβάσεις ώστε να μη δημιουργηθεί περαιτέρω επιπλοκή

- Ύστερα από εκτίμηση της περιοχής του δέρματος διαπιστώθηκε πως ήταν καθαρό και στεγνό
- Η ασθενής ενημέρωσε το υπόλοιπο προσωπικό πως δεν πρέπει να παρέμβει στο εν λόγω άνω άκρο

Δεύτερο περιστατικό

Όνοματεπώνυμο: Ψ. Ψ.

Φύλο: Θήλυ

Ηλικία: 20 ετών

Επάγγελμα: Φοιτήτρια Πανεπιστημίου

Οικονομική κατάσταση: Χαμηλού οικονομικού εισοδήματος

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη, Μονογονεϊκή οικογένεια

Τέκνα: 0

Η εν λόγω ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή στις 22/05/2021 και ώρα 6μ.μ. Το επόμενο πρωί παρουσίασε δυσκαμψία του ώμου και πόνο. Η νοσηλεύτρια που πήγε να μετρήσει τα ζωτικά της σημεία, παρατήρησε πως η ασθενής ήταν ανήσυχη και σε κακή ψυχολογική κατάσταση.

Η ασθενής είχε υποβληθεί προεγχειρητικά σε χημειοθεραπείες πριν από ένα μήνα και όπως είναι σύνηθες παρουσιάζει αλωπεκία.

Από τη λήψη ζωτικών σημείων διαπιστώθηκε:

Α.Π.: 130/80mmHg

Σφύξεις: 80/min

Θερμοκρασία: 36,6 °C

Αναπνοές: 22/min

SpO₂: 92%.

Με τη διάγνωση πρόκυψε πως ο περιορισμός των κινήσεων καθώς και ο πόνος είναι αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης. Η κακή ψυχολογική κατάσταση προέρχεται από τις ανησυχίες της κοπέλας για την παρούσα κατάσταση της εμφάνισής της και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένειά της λόγω της ασθένειάς της.

Νοσηλευτική Διεργασία Δεύτερου Περιστατικού

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Πόνος που σχετίζεται με χειρουργικό τραύμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Αξιολόγηση του πόνου • Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Παρακολούθηση για παρενέργειες των αναλγητικών • Έλεγχος για την παρουσία λοίμωξης του χειρουργικού 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής αναζήτησε πληροφορίες που αφορούσαν το σημείο που εντοπίζεται ο πόνος, την ένταση του, που αντανακλά και ποια είναι τα χαρακτηριστικά του • Ο γιατρός ενημερώθηκε και χορηγήθηκε Aprotel IV σε N/S 0,9% 100cc (1X1) άπαξ δόση • Έγινε αξιολόγηση της ασθενούς για παρενέργειες όπως κακουχία, υπόταση, δύσπνοια και αντίδραση υπερευαισθησίας • Πραγματοποιήθηκε αλλαγή τραύματος και το τραύμα εκτιμήθηκε για 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτιμήθηκε πως ο πόνος εντοπιζόταν στο σημείο της χειρουργικής τομής • Τα αναλγητικά ελάττωσαν τον πόνο • Δεν παρουσιάστηκαν παρενέργειες από το αναλγητικό φάρμακο • Ύστερα από εκτίμηση του νοσηλευτή, το τραύμα δεν

		<p>τραύματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διδασκαλία της ασθενούς να αναφέρει έγκαιρα στους επαγγελματίες υγείας όταν ο πόνος είναι έντονος και αμετάβλητος 	<p>σημεία λοίμωξης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τις συνθήκες που θα πρέπει να αναφέρει στο προσωπικό ότι αισθάνεται πόνο 	<p>παρουσιάζει σημεία λοίμωξης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής κατανόησε πότε θα πρέπει να ειδοποιεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην περίπτωση πόνου που δεν υποχωρεί
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκαμψία ώμου 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός των κινήσεων που σχετίζονται με μετεγχειρητικές επιπλοκές 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπόδειξη ασκήσεων ενδυνάμωσης • Ενθάρρυνση της ασθενούς να επαναλαμβάνει τις ασκήσεις • Παράδοση παραπεμπτικού στο τμήμα φυσικοθεραπείας για την εκτίμηση της κατάστασης του 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε υπόδειξη διατάσεων και ασκήσεων εύρους κίνησης από τον νοσηλευτή • Ο νοσηλευτής ενθάρρυνε την ασθενή να επαναλαμβάνει τις ασκήσεις που της έδειξε καθημερινά • Δόθηκε παραπεμπτικό στο τμήμα φυσικοθεραπείας και κρίθηκε απαραίτητο να υποβληθεί η 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής εκτελεί σωστά τις ασκήσεις και υπάρχει βελτίωση της δυσκαμψίας • Η ασθενής επαναλαμβάνει τις ασκήσεις καθημερινά • Ύστερα από συνεργασία της ασθενούς με το φυσικοθεραπευτή, η δυσκαμψία

		ώμου της ασθενούς	ασθενής σε κινησιοθεραπεία	έχει ελαττωθεί σημαντικά
<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραγμένη εικόνα εμφάνισης 	<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραγμένη εικόνα εμφάνισης που σχετίζεται με την αλωπεκία ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς πως η τριχοφυΐα επανέρχεται • Ενθάρρυνση για να εκφράζει συναισθήματα και ανησυχίες • Ενθάρρυνση της ασθενούς να φοράει κάποιο ένδυμα ώστε να μην φαίνεται η αλωπεκία • Διασφάλιση πως η ασθενής θα νιώσει εμπιστοσύνη ως προς στον 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε πως μετά από ένα μήνα η τριχοφυΐα επιστρέφει • Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο και εξήγησε στην ασθενή πως είναι βοηθητικό να εκφράζει και να εξωτερικεύει τα συναισθήματα της • Ο νοσηλευτής πρότεινε στην ασθενή να χρησιμοποιεί κάποιο σκούφο ή μαντήλι όταν θα κυκλοφορεί σε δημόσιους χώρους • Ο νοσηλευτής επιδίωξε να είναι επικοινωνιακός και υποστηρικτικός ως προς την ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δήλωσε πως αισθάνθηκε καλύτερα μετά την ενημέρωση για την διάρκεια της αλωπεκίας • Ύστερα από τη συζήτηση που προηγήθηκε η ασθενής εμπιστεύτηκε τον νοσηλευτή και εξέφρασε τα συναισθήματα της • Η ασθενής έλαβε υπόψη τις προτάσεις του νοσηλευτή και τις εφάρμοσε • Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και

		νοσηλεύτη	μέσω του διαλόγου και της διάθεσης χρόνου να ακούσει τους προβληματισμούς της	ασθενούς
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος, στρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος και στρες που σχετίζονται με ανησυχία της ασθενούς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια της λόγω της κατάστασης της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση για έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών • Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων και ανησυχιών στην οικογένεια και ενημέρωση της οικογένειας για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλεύτης διέθεσε χρόνο, συζήτησε με την ασθενή και αφού δημιούργησε κλίμα εμπιστοσύνης την ώθησε να μιλήσει για τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της • Ο νοσηλεύτης παρότρυνε την ασθενή να συζητήσει περισσότερο με την οικογένεια της ώστε να αναζητήσουν μαζί λύση στα προβλήματά τους και αφού πήρε την άδεια της ενημέρωσε την οικογένεια της πως αισθάνεται στρες επειδή νιώθει βάρος λόγω της 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής συζήτησε με το νοσηλεύτη για τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της • Η ασθενής συμφώνησε με το νοσηλεύτη πως θα πρέπει να επικοινωνεί περισσότερο με την οικογένεια της όταν έχει ανησυχίες και προβληματισμούς και η οικογένεια ενημερώθηκε από το νοσηλεύτη για τις ανησυχίες

- Έκκληση ψυχολόγου να εκτιμήσει την ψυχική υγεία της ασθενούς

- κατάστασής της
- Ο ψυχολόγος εκκλήθηκε και ξεκίνησε συνεδρίες με την ασθενή αναλύοντας τους προβληματισμούς της

- της ασθενούς
- Ύστερα από μερικές συνεδρίες με τον ψυχολόγο η ασθενής δείχνει πιο ήρεμη

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία νόσος που αναπτύσσεται σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών παγκοσμίως. Διακρίνεται σε τύπους οι οποίοι μπορεί να διαφέρουν ως προς την αιτιολογία ανάπτυξης, την κλινική εικόνα και τους τρόπους αντιμετώπισης. Βασικό εργαλείο για την ανίχνευση του καρκίνου είναι οι διαγνωστικές μέθοδοι, οι οποίες πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας. Σημαντικό κομμάτι αποτελεί η πρόληψη και ιδιαίτερα η αυτοεξέταση του μαστού. Είναι μια διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στη γυναίκα να εντοπίσει την κακοήθεια σε πρώιμο στάδιο και χωρίς κόστος. Γενικότερα, ένα σωστά ενημερωμένο και εκπαιδευμένο άτομο που γνωρίζει του παράγοντες κινδύνου και πως γίνεται η πρόληψη της νόσου, αφενός είναι ικανό να αναγνωρίσει εάν υπάρχει κάποια πρώιμη βλάβη, αφετέρου υπάρχουν πιθανότητες η ίαση να επέλθει σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και να είναι ανώδυνη.

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού απαιτείται ο συντονισμός μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα είναι καταρτισμένοι με εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία ώστε να ανταπεξέλθουν στο πλάνο φροντίδας που χρειάζεται ο εκάστοτε ασθενής. Η θεραπεία γίνεται με διάφορους τρόπους και πολλές φορές υπάρχει ανάγκη για συνδυασμό των θεραπευτικών μεθόδων. Κάποιες από αυτές, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία, ενδέχεται να έχουν παρενέργειες στον οργανισμό του ασθενούς και μερικές είναι μακροχρόνιες.

Μία σημαντική παρατήρηση που προκύπτει από την εργασία είναι πως ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή και τον οργανισμό του αλλά δύναται να διαταράξει τις ισορροπίες της οικογένειας του. Κάποια από τα μέλη της οικογένειας συνήθως αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή του ασθενούς και αναγκάζονται να τροποποιήσουν το καθημερινό τους πρόγραμμα ώστε να αφιερώσουν τον κατάλληλο χρόνο στον ασθενή. Εκτός όμως από τέτοιου είδους αλλαγές, βιώνουν μεγάλο συναισθηματικό φόρτο. Θα πρέπει λοιπόν να τους δίνεται η απαραίτητη προσοχή και σημασία με αποτέλεσμα η ψυχολογική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας να είναι όσο το δυνατότερο πιο αποτελεσματική. Είναι άλλωστε τα άτομα που βοηθούν σημαντικά στο θεραπευτικό πλάνο και εμπνυχώνουν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή. Μέσα από την εργασία ανακαλύπτουμε ακόμη, πως ο νοσηλευτής είναι ένα άκρως απαραίτητο μέλος στην θεραπευτική ομάδα με σημαντικά καθήκοντα. Θέτει ως επίκεντρο τον ασθενή αλλά παράλληλα βοηθά την οικογένεια του να ανταπεξέλθει

στις δυσκολίες που προκύπτουν λόγω μιας τόσο πολύπλοκης νόσου. Συμβάλλει στην αρχική διάγνωση ενημερώνοντας τον ασθενή και την οικογένειά του για τις διαδικασίες και εκπαιδεύει τον ασθενή κατάλληλα. Εφόσον γίνει η διάγνωση, τον ωθεί να συμμετάσχει σε αποφάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος. Στη συνέχεια αναλαμβάνει ένα σύνθετο σύνολο παρεμβάσεων που οδηγούν στην ίαση ή και στην ανακούφιση του ασθενούς. Εκτός όμως των πρακτικών παρεμβάσεων, έχει το ρόλο του υποστηρικτή σε όλες τις φάσεις της νόσου. Ενθαρρύνει τον ασθενή και την οικογένεια του ψυχολογικά, δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και προτείνει τρόπους επίλυσης για τις ψυχοπνευματικές διαταραχές του ασθενούς. Βρίσκεται στο πλευρό του από τη στιγμή της ανίχνευσης της νόσου έως και το τελικό στάδιο ζωής παρέχοντας του συνεχιζόμενη φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abdelwahab Yousef, A. J. (2017). 'Male Breast Cancer: Epidemiology and Risk Factors'. *Semin Oncol*, 44(4),267-272.
- Ajmal, M. Fossen, K. V. (2020). 'Breast Fibroadenoma'. *StatPearls [Internet]*.
- Akram, M. Iqbal, M. Daniyal, M. Khan, A. U. (2017). 'Awareness and current knowledge of breast cancer'. *Biol Res*, 50(1),33.
- Alegre, M. M. Knowles, H. M. Robison, R. A. O'Neill, K. L. (2013). 'Mechanics behind breast cancer prevention - focus on obesity, exercise and dietary fat'. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(4),2207-12.
- Asif, H. M. Sultana, S. Ahmed, S. Akhtar, N. Tariq, M. 2016. 'HER-2 Positive Breast Cancer - a Mini-Review'. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(4),1609-15.
- Azim, H. A. Jr. de Azambuja, E. Colozza, M. Bines, J. Piccart, M. J. (2011). 'Long-term toxic effects of adjuvant chemotherapy in breast cancer'. *Ann Oncol*, 22(9),1939-1947.
- Badve, S. S. Gökmen-Polar, Y. (2019). 'Ductal carcinoma in situ of breast: update 2019'. *Pathology*, 51(6),563-569.
- Cardoso, F. Kyriakides, S. Ohno, S. Penault-Llorca, F. Poortmans, P. Rubio, I. T. Zackrisson, S. Senkus, E. (2018). 'Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up'. *Ann Oncol*, 30(8),1194-1220.
- Chen, S-L. Zhang, W-W. Wang, J. Sun, J-Y. Wu, C-G. He, Z-Y. (2019). 'The Role of Axillary Lymph Node Dissection in Tubular Carcinoma of the Breast: A Population Database Study'. *Med Sci Monit*, 25,880–887.
- Chippa, V., Barazi, H. (2020). 'Inflammatory Breast Cancer'. *StatPearls [Internet]*.
- Ciriello, G. Gatza, M. L. Beck, A. H. Wilkerson, M. D. Rhie, S. K. Pastore, A. Zhang, H. McLellan, M. Yau, C. Kandoth, C. Bowlby, R. Shen, H. Hayat, S. Fieldhouse, R. Lester, S. C. Tse, G. M. K. Factor, R. E. Collins, L. C. Allison, K. H. Chen, Y-Y. Jensen, K. Johnson, N. B. Oesterreich, S. Mills, G. B. Cherniack, A. D. Benz, C. Sander, C. Laird, P. W. Hoadley, K. A. King, T. A. TCGA Research

- Network; Charles M Perou (2015). ‘Comprehensive Molecular Portraits of Invasive Lobular Breast Cancer’. *Cell*, 163(2),506-19.
- Colditz, G. A. Bohlke, K. (2014). ‘Priorities for the primary prevention of breast cancer’. *CA: a cancer journal for clinicians*, 64(3), 186-194.
- Costa, W. A. Eleutério, J. Jr. Giraldo, P. C. Gonçalves, A. K. (2017). ‘Quality of life in breast cancer survivors’. *Rev Assoc Med Bras* (1992), 63(7),583-589.
- Coughlin, S. S. (2019). ‘Epidemiology of Breast Cancer in Women’. *Adv Exp Med Biol*, 1152,9-29.
- Dahlui, M. Ramli, S. Bulgiba, A. M. (2011). ‘Breast cancer prevention and control programs in Malaysia’. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(6),1631-1634.
- Dewit S. C. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. 1^η Έκδοση. Nicosia, Π. Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ. Σελ. 245,248-251, 253-257.
- Drăgănescu, M. Carmocan, C. (2017). ‘Hormone Therapy in Breast Cancer’. *Chirurgia (Bucur)*, 112(4),413-417.
- Drake, R. L., Vogl, W. and Mitchell, A. W. M. (2006) *GRAY’S: Ανατομία*. Νικοσία, Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD. Σελ. 115-117.
- Duffy, M. J. (2012). ‘Tumor markers in clinical practice: a review focusing on common solid cancers’. *Med Princ Pract*, 22(1),4-11.
- Duffy, M. J. Walsh, S. McDermott, E. W. Crown, J. (2015). ‘Biomarkers in Breast Cancer: Where Are We and Where Are We Going?’. *Advances in Clinical Chemistry*, 71, 1-23.
- Ewertz, M. Jensen, A. B. (2011). ‘Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation’. *Acta Oncol*, 50(2),187-93.
- Galizia, D. Milani, A. Geuna, E. Martinello, R. Cagnazzo, C. Foresto, M. Longo, V. Berchiarella, P. Solinas, G. Calori, A. Grasso, B. Volpone, C. Bertola, G. Parola, G. Tealdi, G. Giuliano, P. L. Ballari, A. M. Aglietta, M. Montemurro, F. (2018). ‘Self-evaluation of duration of adjuvant chemotherapy side effects in breast cancer patients: A prospective study’. *Cancer Med*, 7(9),4339-4344.
- Gibbons, A. Groarke, A. (2018). ‘Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works’. *Eur J Oncol Nurs*, 35,85-91.

- Giordano, S. H. (2018). 'Breast Cancer in Men'. *N Engl J Med*, 378(24),2311-2320.
- Hamer, J. McDonald, R. Zhang, L. Verma, S. Leahey, A. Ecclestone, C. Bedard, G. Pulenzas, N. Bhatia, A. Chow, R. DeAngelis, C. Ellis, J. Rakovitch, E. Lee, J. Chow. E. (2017). 'Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer'. *Support Care Cancer*, 25(2),409-419.
- Harbeck, N. Gnant, M. (2017). 'Breast cancer'. *Lancet*, 389(10074),1134-1150.
- Hodorowicz-Zaniewska, D. Szpor, J. Basta, P. (2019). 'Intraductal papilloma of the breast – management'. *Ginekol Pol*, 90(2),100-103.
- Hogan-Quingley, B. Palm, M. L. Bickley, L. (2018) *Νοσηλευτικός Οδηγός για την Κλινική Εξέταση και τη Λήψη Ιστορικού*. Αθήνα: Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις. Σελ. 486-491.
- Huang, H. Y. Tsai, W. C. Chou, W. Y. Hung, Y. C. Liu, L. C. Huang, K. F. Wang, W. C. Leung, K. W. Hsieh, R. K. Kung, P. T. (2017). 'Quality of life of breast and cervical cancer survivors'. *BMC Womens Health*, 17(1),30.
- Ingle, S. B., Murdeshwar, H. G., Siddiqui, S. (2016). 'Papillary carcinoma of breast: Minireview'. *World J Clin Cases*, 4(1),20-24.
- International Agency for Research on Cancer (2020). All cancers fact sheet 2020. Διαθέσιμο στο: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>. Τελευταία προσπέλαση (3 Μαρτίου 2021).
- International Agency for Research on Cancer (2020). Greece fact sheets 2020. Διαθέσιμο στο: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/300-greece-fact-sheets.pdf>. Τελευταία προσπέλαση (9 Μαρτίου 2021).
- Jahani Sayad Noveiri, M. Shamsaei, F. Khodaveisi, M. Vanaki, Z. Tapak, L. (2020). 'Coping Assessment Tools in the Family Caregivers of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review'. *Breast Cancer (Dove Med Press)*, 5;12,11-26.
- Johnson, R. H. Anders, C. K. Litton, J. K. Ruddy, K. J. Bleyer, A. (2018). 'Breast cancer in adolescents and young adults'. *Pediatr Blood Cancer*, 65(12),e27397.
- Kader, T. Hill, P. Rakha, E. A. Campbell, I. G. Gorringer, K. (2018). 'Atypical ductal hyperplasia: update on diagnosis, management, and molecular landscape'. *Breast Cancer Res*, 20(1),39.

- Kearney, N. Richardson, A. Foubert, J. (2011). *Νοσηλεύοντας Ασθενείς με Καρκίνο: Αρχές & Πρακτική*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελλην.
- Knobf, M. T. (2011). 'Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors'. *Semin Oncol Nurs*, 27(3),e1-e14.
- Kolak, A. Kamińska, M. Sygit, K. Budny, A. Surdyka, D. Kukielka-Budny, B. Burdan, F. (2017). 'Primary and secondary prevention of breast cancer'. *Ann Agric Environ Med*, 24(4),549-553.
- Kowalski, A. Okoye, E. (202). 'Breast Cyst'. *StatPearls [Internet]*.
- Kozłowski, J. Kozłowska, A Kocki, J. (2015). 'Breast cancer metastasis - insight into selected molecular mechanisms of the phenomenon'. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*, 8;69,447-51.
- Kumar, P. Aggarwal, R. (2016). 'An overview of triple-negative breast cancer'. *Arch Gynecol Obstet*, 293(2),247-69.
- Langer, A. Mohallem, A. Berment, H. Ferreira, F. Gog, A. Khalifa, D. Nekka, I. Chérel, P. (2015). 'Breast lumps in pregnant women'. *Diagn Interv Imaging*, 96(10),1077-87.
- Li, Y. Wang, K. Yin, Y. Li, Y. Li, S. (2018). 'Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study'. *Int J Nurs Stud*, 88,79-84.
- Limaiem, F., Mlika, M. (2020). 'Medullary Breast Carcinoma'. *StatPearls [Internet]*.
- Limaiem, F., Ahmad F. (2020). 'Mucinous Breast Carcinoma'. *StatPearls [Internet]*.
- Limaiem, F., Mlika, M. (2020). 'Tubular Breast Carcinoma'. *StatPearls [Internet]*.
- Limaiem, F. Kashyap, S. (2020). 'Phyllodes Tumor Of The Breast'. *StatPearls [Internet]*.
- Løberg, M. Lousdal, M. L. Bretthauer, M. Kalager M. (2015). 'Benefits and harms of mammography screening'. *Breast Cancer Res*, 17(1),63.
- Loibl, S. Gianni, L. 2017. 'HER2-positive breast cancer'. *The Lancet*, 389.10087 (2017), 2415-2429.

- Lovelace, D. L. McDaniel, L. R. Golden, D. (2019). 'Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care'. *J Midwifery Womens Health*, 64(6),713-724.
- Lyons, T. G. 2019. 'Targeted Therapies for Triple-Negative Breast Cancer'. *Curr Treat Options Oncol*, 20(11),82.
- Malherbe, K. Fatima S. (2020). 'Fibrocystic Breast Disease'. *StatPearls [Internet]*.
- Matsuoka, J. Kunitomi, T. Nishizaki, M. Iwamoto, T. Katayama, H. (2018). 'Advance care planning in metastatic breast cancer'. *Chin Clin Oncol*, 7(3),33.
- Maughan, K. L. Lutterbie, M. A. Ham, P. S. (2010). 'Treatment of breast cancer'. *Am Fam Physician*, 81(11),1339-46.
- McCart Reed, A. E. Kutasovic, J. R. Lakhani, S. R. Simpson, P. T. (2015). 'Invasive lobular carcinoma of the breast: morphology, biomarkers and 'omics'. *Breast Cancer Res*, 17(1),12.
- McDonald, E. S. Clark, A. S. Tchou, J. Zhang, P. Freedman G. M. (2016). 'Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer'. *Nucl Med*, 1,9S-16S.
- Moo, T-A. Sanford, R. Dang, C. Morrow, M. (2018). 'Overview of Breast Cancer Therapy'. *PET Clin*, 13(3),339-354.
- Myers, D. J. Walls, A. L. (2020). 'Atypical Breast Hyperplasia'. *StatPearls [Internet]*.
- Naito, Y. Kai, Y. Ishikawa, T. Fujita, T. Uehara, K. Doihara, H. Tokunaga, S. Shimokawa, M. Ito, Y. Saeki, T. (2020). 'Chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer: a prospective cohort study'. *Breast Cancer*, 27(1),122-128.
- Osborn, S. K. Wraa, C. E. Watson, A. B. Holleran, R. (2016) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική 2:Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. 2^η Έκδοση. Nicosia, Π. X. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ. Σελ. 2056, 2058-2061.
- Osborn, S. K. Wraa, C. E. Watson, A. B. Holleran, R. (2016) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική 1:Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. 2^η Έκδοση. Nicosia, Π. X. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ. Σελ. 546, 555-558.
- Pfeffer, R. M. (2018). 'Radiotherapy for Breast Cancer: Curing the Cancer While Protecting the Heart'. *Isr Med Assoc J*, 20(9),582-583.

- Rossi, L. Mazzara, C. Pagani, O. (2019). 'Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Young Women'. *Curr Treat Options Oncol*, 20(12),86.
- Sandoval-Leon, A. C. Drews-Elger, K. Gomez-Fernandez, C. R. Yepes, M. M. Lippman, M. E. (2013). 'Paget's disease of the nipple'. *Breast Cancer Res Treat*, 141(1):1-12.
- Sauter, E. D. (2018). "Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions". *Eur J Breast Health*, 14(2),64-71.
- Scully, O. J. Bay, B.H. Yip, G. Yu, Y. (2012). 'Breast cancer metastasis'. *Cancer Genomics Proteomics*, 9(5),311-20.
- Seijen, M. Lips, E. H. Thompson, A.M. Nik-Zainal , S. Futreal, A. Hwang, S. Verschuur, E. Lane, J. Jonkers, J. Rea, D. W. Wesseling, J. PRECISION team. (2019). 'Ductal carcinoma in situ: to treat or not to treat, that is the question'. *Br J Cancer*, 121(4),285-292.
- Shah, R. Rosso, K. Nathanson, S. D. (2014). 'Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer'. *World J Clin Oncol*, 5(3),283-298.
- Sharma, G. N. Dave, R. Sanadya, J. Sharma, P. Sharma, K. K. (2010). 'VARIOUS TYPES AND MANAGEMENT OF BREAST CANCER: AN OVERVIEW'. *J Adv Pharm Technol Res*, 1(2),109–126.
- Sherwood, L. (2016) *Εισαγωγή στη Φυσιολογία του Ανθρώπου: Από τα κύτταρα στα συστήματα*. Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα και ΣΙΑ Ο.Ε. Σελ. 986.
- Solin, L. J. (2019). 'Management of Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) of the Breast: Present Approaches and Future Directions'. *Curr Oncol Rep*, 21(4),33.
- Sun, Y-S. Zhao, Z. Yang, Z-N. Xu, F. Lu, H-J. Zhu, Z-Y. Shi, W. Jiang, J. Yao, P-P. Zhu, P-P. (2017). 'Risk Factors and Preventions of Breast Cancer'. *Int J Biol Sci*, 13(11),1387-1397.
- Thomas, M. Kelly, E. D. Abraham. J. Kruse, M. (2019). 'Invasive lobular breast cancer: A review of pathogenesis, diagnosis, management, and future directions of early stage disease'. *Semin Oncol*, 46(2):121-132.

- Tosello, G. Torloni, M. R. Mota, B. S. Neeman, T. Riera, R. (2018). 'Breast surgery for metastatic breast cancer'. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3),CD011276.
- van Uden, D. J. van Laarhoven, H. W. Westenberg, A. H. de Wilt, J. H. Blanken-Peeters, C. F. (2015). 'Inflammatory breast cancer: an overview'. *Crit Rev Oncol Hematol*, 93(2),116-26.
- Villar, R. R. Fernández, S. P. Garea, C. C. Pillado, M. T. S. Barreiro, V. B. Martín, C. G. (2017). 'Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment'. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21;25,e2958.
- Wang, L. (2017). 'Early Diagnosis of Breast Cancer'. *Sensors*, 17(7), 1572.
- Wang, Z. Han, X. (2019). 'Clinical significance of breast-conserving surgery for early breast cancer and its impact on patient life quality of life'. *J BUON*, 24(5),1898-1904.
- Watkins, E. J. (2019). 'Overview of breast cancer'. *JAAPA*, 32(10),13-17.
- WeN, H. Y. Bogi, E. (2017). 'Lobular Carcinoma in Situ'. *Surg Pathol Clin*, 11(1) 123–145.
- Wilson, D. J. (2017). 'Exercise for the Patient after Breast Cancer Surgery'. *Semin Oncol Nurs*, 33(1),98-105.
- Winters, S. Martin, S. Murphy, D. Shokar, N. K. (2017). 'Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening'. *Prog Mol Biol Transl Sci*, 151,1-32.
- World Health Organization (2011). IRIS Home - World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337040/WHO-HSE-PHE-EPE-11.01.05-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Τελευταία προσπέλαση 9 Μαρτίου 2021].
- World Health Organization (2021). World Health Organization. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> [Τελευταία προσπέλαση 24 Απριλίου 2021].
- Yasir, M., Lotfollahzadeh, S. (2020). 'Mammary Paget Disease'. *StatPearls* [Internet].
- Zhang, X. Liang, Y. Wang, H. Y. (2014). 'Invasive ductal carcinoma of the breast associated with extensive melanin melanosis: a case report and review of the literature'. *Int J Clin Exp Pathol*, 7(3),1218-23.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βιβιλάκη, Β. Γιαννακοπούλου, Μ. Γκοβίνα, Ο. Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ. Θεοδοσοπούλου, Ε. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Καμπά, Ε. Κανελλόπουλος, Α. Κανυγά, Α. Καυκιά, Θε. Κοντέος, Γ. Κουρκούτα, Λ. Κριτσωτάκης, Γ. Κωνσταντινίδης, Θ. Λαβδανίτη, Μ. Λαχανά, Ε. Μαντζούκας, Σ. Μάργαρη, Ν. Μηνασίδου, Ε. Μπακάλης, Ν. Μπαμίδης, Π. Μπελλάλη, Θ. Νταφογιάννη, Χ. Παπασταύρου, Ε. Σαράφης, Π. Σιαμάγκα, Ε. Τσελίκα, Α. Χαραλάμπους, Α. (2015) Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Κύπρος: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ. Σελ. 385-391.
- Γεωργίου, Γ. (2017) Ο ρόλος των επιπέδων της λεπτίνης σε ασθενείς με καρκίνο μαστού. (Μη εκδοθείσα Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).
- Κορηλία Αναστασάκου | MD, FEBS (Breast Surgery). Διαθέσιμο στο: <https://www.anastasakou.gr/images/anatomiamastou.jpg>. [Τελευταία προσπέλαση 15 Ιουνίου 2021].
- Κωνσταντινίδης, Θ. Ι. & Φιλαλήθης, Α. (2014). Εκτίμηση αναγκών υγείας ογκολογικών ασθενών με προχωρημένη νόσο: Η νοσηλευτική προσέγγιση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(4), 412-422.
- Πλέσσας, Σ. Τ. (2010) Φυσιολογία του Ανθρώπου. Αθήνα: Φάρμακον-Τύπος. Σελ. 646.
- Σκονδρά, Μ. (2014) Μοριακή σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού. (Μη εκδοθείσα Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).