



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

CA ΜΑΣΤΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ-ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΠΗΠΕΡΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ-ΣΤΥΛΛΙΑΝΗ

Α.Μ.: 14387

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την κ. Χριστίνα Παπανικολάου που ήταν και ο λόγος για το θέμα της πτυχιακής μου. Μέσα από τα μαθήματά της με έκανε να αγαπήσω, αλλά και να ασχοληθώ περαιτέρω με τη χειρουργική νοσηλευτική. Με βοήθησε αρκετά ώστε να αναπτύξω ένα σχετικά δύσκολο αλλά και επίκαιρο θέμα για το γυναικείο πληθυσμό. Οφείλω στην κ. Παπανικολάου ένα μεγάλο ευχαριστώ που επίσης διεύρυνε τους ορίζοντες μου και με έκανε να πειστώσω με την συγκεκριμένη έρευνα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, που ανεξάρτητα τα οικονομικά τους προβλήματα με βοήθησαν και με στήριξαν σε αυτά τα τέσσερα χρόνια των σπουδών μου. Πραγματικά τους ευχαριστώ όλους γιατί πολύ απλά δεν θα είχα φτάσει ως εδώ χωρίς τη βοήθειά τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ABSTRACT.....	2
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	4
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	8
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	9
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	10
ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	11
ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	12
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	14
ΤΟΠΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	14
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	16
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	16
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	18
ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	18
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	23
ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	23
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	24
ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	25
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ.....	26
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	29
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	31
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	35
ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.....	36
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	57

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, έχει αυξηθεί κατά πολύ η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και τείνουμε να πλησιάσουμε τη συχνότητα που υπάρχει στην υπόλοιπη Ευρώπη. Υπολογίζουμε ότι περίπου 1 στις 11 γυναίκες (στις ΗΠΑ 1 στις 9), κατά τη διάρκεια της ζωής της, θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό της, ή σε απόλυτους αριθμούς 4000-4500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα ετησίως. Ο καρκίνος φυσικά, εξακολουθεί να αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών στην ηλικία των 45-55 ετών. Εκατοντάδες ερευνητές από όλο τον κόσμο προσπαθούν να βρουν την αιτιολογία, την φυσική ιστορία και την θεραπευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου, δημιουργώντας την ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης του κλινικού γιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού που καλείται να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πολυδιάστατο της κλινικής νόσου και τη βουβή απειλή των παραγόντων κινδύνου του καρκίνου του μαστού.

Το αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται και πιστεύεται ότι αυτό είναι το αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και των αποτελεσματικότερων θεραπειών, καθώς το 90% σχεδόν των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού που έχουν διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμες. Για να διαγνωσθεί, λοιπόν, έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού υπάρχουν τρεις τρόποι : ο πρώτος τρόπος είναι η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, ο δεύτερος, η τακτική προληπτική εξέταση του στήθους από τον γιατρό και ο τρίτος, η τακτική προληπτική εξέταση με μαστογραφία. Και οι τρεις τρόποι μαζί μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά την ανακάλυψη του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γεγονός που διευκολύνει την οριστική θεραπεία του.

Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν σε πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στις σύγχρονες μέρες, πολλές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Η παρακάτω βιβλιογραφία ασχολείται με το θέμα αυτό.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρακάτω εργασία ερευνώ διεξοδικά την έννοια, τις θεραπευτικές προσεγγίσεις αλλά και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις του καρκίνου του μαστού, έτσι ώστε η κάθε ασθενής να έχει την καλύτερη φροντίδα, εφόσον έχει γίνει η διάγνωση. Σε αυτό το κομμάτι, ο νοσηλευτής έχει μεγάλο μέρος της ευθύνης, διότι πρέπει να ετοιμάσει την ασθενή τόσο σωματικά, όσο και ψυχολογικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed και Google Scholar καθώς επίσης χρησιμοποιήθηκαν χρήσιμες πληροφορίες από βιβλία που δανείστηκα από την βιβλιοθήκη του τμήματος. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα κατά κύριο λόγο τα τελευταία 5 χρόνια στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι πολύ σημαντικές για την ίδια την ασθενή. Ο νοσηλευτής αρχικά θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή για την κάθε διαδικασία που " υπομένει" και να την βοηθά ψυχολογικά, ώστε να είναι ψύχραιμη και φυσικά έτοιμη. Επίσης πολύ βασικό είναι η πρόληψη και η αυτοεξέταση των μαστών. Αυτό θα πρέπει να το γνωρίζει κάθε γυναίκα από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Τέλος, έχουν εφευρεθεί σύγχρονες τεχνικές για να μειώσουν το άγχος και τις δυσάρεστες συνέπειες που επιφέρει ο καρκίνος του μαστού. Οι παρακάτω έρευνες δίνουν λεπτομερή στοιχεία για να επιτευχθεί αυτή η φροντίδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο νοσηλευτής παίζει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στον ψυχικό όσο και στον σωματικό κόσμο του ασθενή του. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου του μαστού έχει πολύ μεγάλη ευθύνη. Αν οι παρακάτω έρευνες πραγματοποιούνταν τότε ο ασθενής θα ήταν ευγνώμων και για την φροντίδα που του παρέχεται αλλά και ο νοσηλευτής θα ήταν πιο σίγουρος για τη δουλειά του.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Καρκίνος του μαστού και νοσηλευτική φροντίδα, καρκίνος του μαστού και θεραπεία, καρκίνος του μαστού και διατροφή, καρκίνος του μαστού και μεταστάσεις, καρκίνος του μαστού και κατάθλιψη .

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ABSTRACT

Introduction

In the modern days, there have been many researches related to breast cancer. The following bibliography is related to this subject.

Purpose

In the following paper I research about the concept, the therapeutic approaches and the nurse intervention of breast cancer treatment, so the patient can have better care after her diagnosis. In this part, the nurse plays a major role in the patient's body and mental health.

Material and Method

There has been an evaluation of the international bibliography and search engines of Pubmed and Google Scholar. The material of the following research was mostly articles in Greek and English language of the past 5 years.

Results

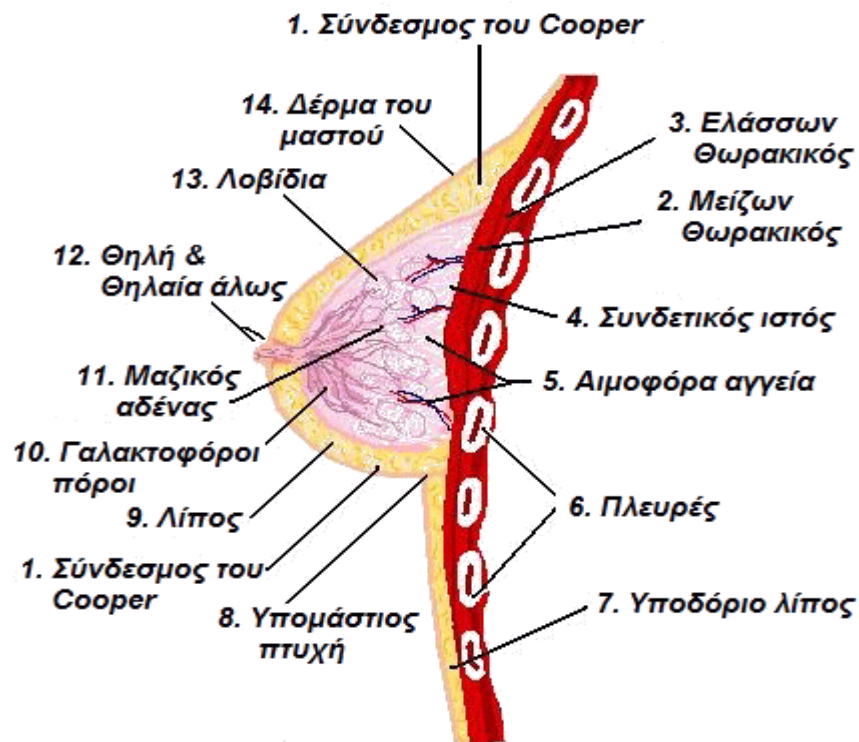
The therapeutic approaches and nurse intervention are very important for the patient. The nurse has to inform the patient for every part of the therapeutic proses so he/she can help her psychologically in order to be calm and prepared. It is of great importance the self-observation and examination of the breasts. New techniques have been discovered in order to reduce the anxiety and the side effects of breast cancer. The following articles give many specific instructions in order to achieve better care.

Conclusions

Nurses play a major role in the mental and physiological health of the patient. The nurse has a big responsibility through the course of breast cancer treatment. If the given researches do take place, the patient will be grateful for her care and the nurse will be more confident with his job.

KEY WORDS: Breast cancer and nursing care, breast cancer and treatment, breast cancer and nutrition, breast cancer and metastasis, breast cancer and depression.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



ΕΙΚΟΝΑ 1.1 Τα μέρη του μαστού.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι ένα ανατομικό όργανο που βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και αποτελεί βασικό στοιχείο διαχωρισμού του φύλου και αποδέκτη της ορμονικής έκφρασης ολόκληρου του ενδοκρινικού συστήματος της γυναίκας. Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική, λιπώδη πτυχή του δέρματος, που περιέχει το μαστικό αδένα. Ο κάθε μαστός καταλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, από την 2^η ως την 6^η πλευρά. Προς τα έξω εκτείνεται μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, ενώ προς τα έσω μέχρι το πλάγιο χείλος του στέρνου. Ανάλογα με την ηλικία, την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία, στο σχήμα ο μαστός μεταβάλλεται. (Παρασκευάς Γ., 2008).

Για την περιγραφή του μαστού διακρίνουμε δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, καθώς και μία περιφέρεια. Α. Η πρόσθια επιφάνεια του μαστού. Καλύπτεται από λεπτό και λείο δέρμα, στο μέσο περίπου του οποίου βρίσκονται η θηλή και η θηλαία άλως. Η θηλή αποτελεί κυλινδροειδές έπαρμα του δέρματος και στην κορυφή της παρουσιάζει 15-20 στόμια στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Η θέση της θηλής βρίσκεται συνήθως στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος. Η θηλαία άλως είναι μία υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από τη θηλή με συνήθη διάμετρο 1,5-6 εκατοστά. Στην επιφάνειά της εμφανίζει 10-15 μικρά επάρματα, κάτω από τα οποία βρίσκονται οι αδένες του Montgomery, που θεωρούνται τροποποιημένοι σμηγματογόνοι αδένες. Τόσο η θηλή, όσο και η θηλαία άλως έχουν καστανέρυθρο χρώμα, που οφείλεται στην παρουσία άφθονης μελανίνης. Β. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Είναι υπόκοιλη, επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και σε μεγάλους μαστούς εκτείνεται μέχρι τον πρόσθιο οδοντωτό ή τον έξω λοξό κοιλιακό μυ. Γ. Η περιφέρεια του μαστού. Μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα. Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και από τον μαστικό αδένα.

Το δέρμα:

Είναι λεπτό, διαφανές, έχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Ιδιαίτερα στη θηλή και στη θηλαία άλω, στο χόριο του δέρματος υπάρχουν λείες μυϊκές ίνες, που προκαλούν σκλήρυνση των μορφωμάτων αυτών κατά την προστριβή ή το θηλασμό.

Το περιμαστικό λίπος:

Αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους, είναι υποκίτρινο, μαλακό και σε αυτό διακρίνουμε μία πρόσθια στιβάδα, από όπου περνούν οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper και μία οπίσθια στιβάδα. Οι σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση διήθησης από καρκίνο χάνουν την ελαστικότητά τους με συνέπεια την βράχυνσή τους και την εισολκή του υπερκείμενου δέρματος.

Μαστικός αδένας:

Αποτελεί δισκοειδή αδένα, που στη γυναίκα που δεν έμεινε έγκυος βρίσκεται πίσω από τη θηλαία άλω και μόλις υπερβαίνει τα όριά της. Στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθός του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή, ο μαστικός αδένας είναι λευκωπός, υπόσκληρος και ελαστικός. Η πρόσθια επιφάνειά του είναι υπόκυρτη και ανώμαλη και παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και στο χόριο του δέρματος εκτείνονται οι σύνδεσμοι του Cooper, που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς. Οι λοβοί έχουν σχήμα πυραμοειδές, με τη κορυφή προς τη θηλή, όπου και καταλήγει ο αντίστοιχος γαλακτοφόρος πόρος. Οι πόροι αυτοί, συγκλείνουν προς τη θηλή και εκβάλλουν είτε μόνοι, είτε μαζί με άλλους σε τρήματα της κορυφής της θηλής. Πριν την εκβολή τους, κάθε γαλακτοφόρος πόρος παρουσιάζει ένα ανεύρυσμα, τον γαλακτοφόρο κόλπο, όπου μαζεύεται το γάλα. Το εκκριτικό τμήμα του αδένα αποτελείται από τις αδενοκυψέλες. Οι αδενοκυψέλες που εκβάλλουν σε ένα μεγάλο κλάδο του γαλακτοφόρου πόρου, αποτελούν ένα λόβιο μαστικού αδένος. Τα παραπάνω αδενικά στοιχεία βρίσκονται μέσα σε ένα υπόστρωμα από ινώδη συνδετικό ιστό, που είναι χαλαρότερος γύρω από τις αδενοκυψέλες. Ο μαστικός αδένας είναι σωληνοκυψελοειδής και μοιάζει με τους οσμογόνους αδένες του δέρματος, ως προς τον τρόπο δε παραγωγής του εκκρίματος. Η λειτουργική του δραστηριότητα. (Χατζημούγιας Ι., 2008).

Οι μύες στην περιοχή του μαστού που έχουν σημασία για τις χειρουργικές επεμβάσεις σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβανομένης και της πλαστικής αποκατάστασης, είναι ο μείζων θωρακικός, ο ελάσσων θωρακικός, ο πρόσθιος οδοντωτός, ο πλατύς ραχιαίος, ο κορακοβραχιόνιος, ο υποπλάτιος, ο έξω λοξός κοιλιακός. Αντίστοιχα, οι περιτονίες που αφορούν την εγχειρητική του μαστού, είναι η υποδόρια, η περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός, η περιτονία του πρόσθιου οδοντωτού, η κορακοπλευρική και η περιτονία της μασχάλης. (Χατζημούγιας Ι., 2008).

Αγγείωση του μαστού:

A. Αρτηρίες. Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από κυρίως αρτηριακούς κλάδους. 1. Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1^ο – 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρυπούν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου. 2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντική πηγή αίματος του μαστού. 3. Η Τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδου της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένα.

Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν σε μικρότερο ποσοστό το μαστό είναι η ανώτατη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλάτιου αρτηρίας.

B. Φλέβες. Το φλεβικό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και διακρίνεται σε επιπολής και εν τω βάθει. Οι επιπολής φλεβικοί κλάδοι εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα, ενώ οι εν τω βάθει ακολουθούν τρεις βασικές οδούς προς την έσω μαστική, τη μασχαλιαία και τις μεσοπλεύριες φλέβες. Η Τρίτη οδός είναι η δια των οπίσθιων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστόν. . (Astley Cooper, 2010).

Λεμφαγγειακό δίκτυο: Είναι πλούσιο και αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις. Η μία κατεύθυνση είναι προς τους μασχαλιαίους και η δεύτερη προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας. Μεταξύ αυτών των οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις. Ακόμη υπάρχουν αναστομώσεις μεταξύ των λεμφαγγείων της έσω μαστικής αρτηρίας του άλλου μαστού. Οι λεμφαδένες του μαστού διακρίνονται σε μασχαλιαίους, υπερκλείδιους και της έσω μαστικής. Η γνώση των επιχώριων αυτών λεμφαδένων, θεωρείται σκόπιμη γιατί είναι πλέον σημαντικοί και οι πιο συχνά προσβαλλόμενοι από μεταστάσεις. Εξάλλου οι μεταστάσεις προς τους λεμφαδένες ακολουθούν πορεία από τους κατώτερους προς τους ανώτερους δηλαδή από τους υποκλείδιους προς τους υπερκλείδιους.

Νεύρωση: Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το 4^ο – 6^ο μεσοπλεύριο μακρύ θωρακικό ή το νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η θηλή εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια, όπου οι νευρικές ίνες τελειώνουν στα οπτικά σωμάτια του Meissner. (Astley Cooper, 2010).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

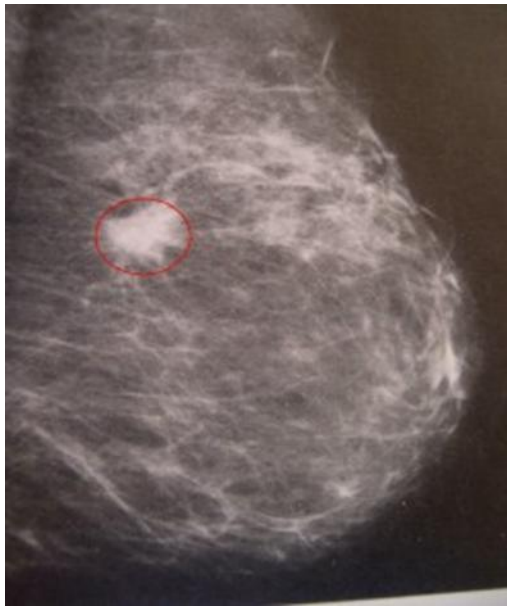
Τα μικρά κορίτσια και τα μικρά αγόρια έχουν τους ίδιους μαστούς. Κατά την εφηβεία όμως οι μαστοί των κοριτσιών, κάτω από τη δράση των ελεγχόμενων θηλυκών ορμονών, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για την λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινιοποιητική ορμόνη (LH) και θηλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και της FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στην πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού. Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback. Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή την εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται. (Mc Geown J.G., 2008).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού είναι συνήθως επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σαρκώματα και άλλα). Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προέλευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού (>50%) προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψέλων, σε υπόστρωμα που εμφανίζει συχνά σκιρρώδη αντίδραση και λέγεται διηθητικό πορογενέςαδενοκαρκίνωμα. Η μαστογραφία παρουσιάζει χαρακτηριστική σκίαση με ανώμαλα όρια και ακτινοειδείς προσεκβολές. Ο δεύτερος συχνότερος (>25%) ιστολογικός τύπος είναι ο συνδυασμός διηθητικού πορογενούςαδενοκαρκινώματος με άλλο τύπο αδενοκαρκινώματος. Η νόσος του Pagetσυνοδεύει συνήθως το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα και πρόκειται για διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα. Κλινικά εμφανίζεται σαν έκζεμα. Το θηλώδες καρκίνωμα αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν σχετική ομοιομορφία με λίγες πυρηνοκινήσεις και σχηματίζουν θηλές. Κλινικά παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή. Το σωληνοειδές καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από τη διάταξη των καρκινωματώδων κυττάρων (που εμφανίζουν λίγες πυρηνοκινήσεις) σε σωληνώδεις σχηματισμούς με υπόστρωμα που εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση. Έχει καλή πρόγνωση. Το βλεννώδες καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από την παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα, που διατάσσονται συχνά σε σωληνώδεις σχηματισμούς μέσα σε λίμνες βλέννας. Όπως και το προηγούμενο έχει μάλλον καλή πρόγνωση. Το αδενοκυστικό καρκίνωμα είναι σπάνιος όγκος καλής πρόγνωσης που έχει την τάση να αναπτύσσεται στην περιοχή της θηλής ή της άλω. Τα κύτταρά του διατάσσονται σε μικρές κύστες, που περιέχουν βλέννα. Το λοβιδιακό καρκίνωμα αποτελεί το 10% των ιστολογικών τύπων του μαστού, είναι συχνά πολυεστιακό ή/και αμφοτερόπλευρο και παρουσιάζει συνήθως διηθήσεις του υποστρώματος, υπό τη μορφή ενός στίχου μικρών <<ομοιόμορφων>> καρκινικών κυττάρων. Το μυελοειδές καρκίνωμα είναι αρκετά συχνός (>5%), καλής πρόγνωσης περιγεγραμμένος όγκος με περιοχές νέκρωσης, του οποίου τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από άλλους ιστολογικούς τύπους. Στο καρκινοσάρκωμα συνυπάρχει καρκίνωμα και σάρκωμα. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα είναι περισσότερο ένα κλινικό εύρημα που συνοδεύει διάφορους ιστολογικούς τύπους καρκίνου, που παρουσιάζουν μεγάλο μέγεθος και σχεδόν πλήρη διήθηση του μαστού. Ο μαστός έχει εμφάνιση φλοιό πορτοκαλιού λόγω διήθησης των λεμφαγγείων του δέρματος, η βιοψία του οποίου δείχνει καρκινικά έμβολα των λεμφαγγείων. Αυτή η εμφάνιση συνδυάζεται με κακή πρόγνωση και οι περισσότερες γυναίκες καταλήγουν σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα μετά τη διάγνωση. Αν και αναφέρονται χειρουργικές επεμβάσεις ασθενών με αυτήν την εικόνα, φαίνεται λογικότερη η συστηματική θεραπευτική προσέγγιση αρχικά και αν ο όγκος μειωθεί, να επιχειρηθεί στη συνέχεια χειρουργική επέμβαση. (Poggi MM., Harney KF., 2008).

Κλινική εικόνα

Τονίζεται ιδιαίτερα η ψηλάφηση ογκιδίου ή μάζας. Ωστόσο, η εισολκή του δέρματος ή το έκκριμα της θηλής μπορεί να αποτελούν το πρώτο εύρημα. Η ετερόπλευρη, αιματηρή έκκριση όπως και εκείνη που προέρχεται από ένα πόρο (σε αντίθεση με εκείνη που προέρχεται από πολλούς πόρους) είναι ιδιαίτερα ύποπτες για ενδοαυλική κακοήθεια. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έκκριση της θηλής μπορεί να είναι το μοναδικό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού.(Symonds EM.,Symonds IM., 2008).



ΕΙΚΟΝΑ 1.2. Σε αυτή την εικόνα προβάλλεται μία μαστογραφία μαστού. (Καρκίνος).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομά της. Πολύ αργότερα, ο Valsalva, το 1704 υποστήριξε ότι ο καρκίνος αρχικά ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά, ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο, ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

Συνεπώς, με τον όρο “ καρκίνος ” περιγράφεται το σύνολο των ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται κυρίως από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Αν ο καρκίνος βρίσκεται στο μαστό τότε ονομάζεται καρκίνος του μαστού, ο οποίος αναφέρεται σε καρκίνο που αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους αδένες του μαστού ή στους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα. Φυσικά διακρίνονται διάφοροι τύποι. Τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται είτε άμεσα στον παρακείμενο ιστό με διήθηση ή μεταφέρονται σε άλλες θέσεις του οργανισμού μέσω των αιμοφόρων αγγείων και των λεμφαγγείων. Αυτή η μεταφορά την αποκαλούμε μετάσταση. (Dr Buckman R., Dr Whittaker T., 2009).

Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό, έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Κάποιες όμως περιπτώσεις, ο οργανισμός μπορεί να παράγει πολλά περισσότερα. Η συγκέντρωση αυτή των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων. Ο ι περισσότεροι όγκοι είναι αβλαβείς, άλλοι όμως είναι πολλοί επικίνδυνοι και εισβάλλουν σε ιστούς ή και μεταφέρονται και σε άλλα μέρη του σώματος. Οι όγκοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Τους καλοήθεις και τους κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δημιουργούνται από πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα εξαιτίας κάποιου ερεθισμού γύρω από το μαστό, φαινόμενο που ονομάζεται καλοήθης νεοπλασία. Έτσι, όταν ο ερεθισμός αυτός πάψει να υφίσταται, τότε η νεοπλασία διακόπτεται, ο όγκος δεν αναπτύσσεται άλλο, δεν καταστρέφει τους υγιείς ιστούς και δεν προκαλεί το σχηματισμό νέων όγκων σε άλλα σημεία του σώματος. Οι κακοήθεις όγκοι ονομάζονται και νεοπλάσματα. Σχηματίζονται όπως και οι καλοήθεις όγκοι, αλλά λειτουργούν διαφορετικά. Τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα φέρουν μία παθογένεια που προκαλεί τη συνεχή και άναρχη αύξησή τους. Η κακοήθης νεοπλασία (που είναι και η πιο επικίνδυνη ασθένεια)– η διαδικασία του άναρχου πολλαπλασιασμού των κυττάρων που καταλήγει σε σχηματισμό νέων ιστών – εξακολουθεί να δρα, ακόμη και όταν ο αρχικός όγκος αφαιρεθεί από το μαστό, σχηματίζοντας στη θέση του ένα καινούριο. Ταυτόχρονα, επιδρά καταστροφικά στους γειτονικούς ιστούς, στους οποίους εισβάλλει (διήθηση) και έχει τη δυνατότητα σχηματισμού νέων όγκων σε άλλα σημεία του σώματος, όταν καρκινικά κύτταρα, αφού αποσπαστούν από τον πρωτογενή όγκο, μετακινούνται μέσω του αίματος ή της λέμφου στο υπόλοιπο σώμα. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται μετάσταση. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).

ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν πολλά είδη καρκίνων του μαστού. Εξαρτάται πάντα πως τους κατατάσσουμε. Ανάλογα με το πόσο βαθιά έχει προχωρήσει ένας καρκίνος μέσα στο μαστό. Χωρίζεται σε *in situ*, που είναι ο μη διηθητικός καρκίνος και σε διηθητικό. Ανάλογα με τα κύτταρα από τα οποία προέρχεται, χωρίζεται σε πορογενή και λοβιακό. Ανάλογα με το πόσο κακοήθη είναι τα κύτταρα του, χωρίζεται σε βαθμό κακοήθειας 1(χαμηλό), 2(μέτριο), 3(υψηλό). Και φυσικά κάθε καρκίνος διαφέρει από τον άλλο, ακόμα και αν ανήκουν στο ίδιο είδος, όπως διαφέρουν και οι άνθρωποι μεταξύ τους. (Decherney Alan H., et.al., 2010).

- Ο *in situ* και ο διηθητικός καρκίνος. Συνήθως προηγείται του καρκίνου μια υπερπλασία κάποιων κυττάρων. Αργότερα τα κύτταρα αυτά γίνονται άτυπα (παραμορφωμένα) και πιο μετά γίνονται καρκινικά (κακοήθη). Αυτά μεγαλώνουν κλεισμένα μέσα σε μια μεμβράνη που λέγεται βασική μεμβράνη και τα απομονώνει από τα υπόλοιπα κύτταρα του μαστού. Στη φάση αυτή ο καρκίνος θεωρείται εντοπισμένη νόσος, δηλαδή δεν κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα και άρα είναι ιάσιμος με απλή χειρουργική αφαίρεση. Αυτή η μορφή του ονομάζεται καρκίνος *in situ*. Μεγαλώνοντας σιγά σιγά, ο καρκίνος διασπά αυτή τη βασική μεμβράνη και διεισδύει στα γειτονικά κύτταρα, τα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία. Αυτή η μορφή του ονομάζεται διηθητικός. Ο καρκίνος αυτός είναι πιο προχωρημένη νόσος με την έννοια ότι μπορεί να κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα, χωρίς όμως αυτό να είναι υποχρεωτικό. Το διάστημα που μεσολαβεί για να μετατραπεί ένας καρκίνος από *in situ* σε διηθητικό, μπορεί να είναι λίγοι μήνες, έως και χρόνια. Υπάρχουν *in situ* μορφές που μεγαλώνουν φθάνοντας σε μεγάλα μεγέθη, χωρίς ποτέ να γίνουν διηθητικές. Σε όλες τις περιπτώσεις χρειάζεται τακτική παρακολούθηση, γιατί μπορεί αργότερα να εμφανισθεί ένας καρκίνος κάπου αλλού στον ίδιο ή στον άλλο μαστό. Αντιθέτως, υπάρχουν επίσης μορφές διηθητικού καρκίνου τόσο επιθετικές που διηθούν εξαρχής στους γύρω ιστούς, χωρίς ποτέ να περάσουν από το στάδιο *in situ*. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).
- Ο λοβιακός και ο πορογενής. Ο λοβιακός, ονομάζεται ο καρκίνος του μαστού που προέρχεται από κύτταρα των αδενικών λοβίων, αυτά δηλαδή που παράγουν το γάλα. Από την άλλη, ο πορογενής καρκίνος, ονομάζεται ο καρκίνος που προέρχεται από κύτταρα των πόρων του μαστού, αυτά δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα. Συνεπώς, ένας καρκίνος μπορεί να είναι *in situ* πορογενής και *in situ* λοβιακός. Μπορεί επίσης να είναι διηθητικός πορογενής ή διηθητικός λοβιακός. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).

- Πορογενής διηθητικός καρκίνος μαστού. Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων, αυτών δηλαδή που μεταφέρουν το γάλα από τα λόβια στη θηλή. Αποτελεί το 80% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Είναι ορατό στη μαστογραφία και μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).
- Λοβιακός διηθητικός καρκίνος μαστού. Είναι ο καρκίνος που αρχίζει από τους λοβιακούς αδένες που παράγουν το γάλα. Αποτελεί το 10% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Στο 20% των περιπτώσεων, μπορεί να βρεθεί και τον άλλο μαστό. Εκδηλώνεται συνήθως με ψηλαφητό όγκο στο μαστό. Είναι ορατός στη μαστογραφία και δεν προκαλεί έκκριση υγρού από τη θηλή. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).
- Λοβιακός in situ καρκίνος μαστού. Γράφεται συνήθως ως LCIS. Έχει 20% πιθανότητα στα 15 χρόνια να μετατραπεί σε διηθητικό καρκίνο μαστού. Είναι ορατός στη μαστογραφία. Στο 80% των περιπτώσεων είναι πολυεστιακός, δηλαδή βρίσκεται και σε άλλα σημεία του ίδιου μαστού. Στο 25% βρίσκεται και στον άλλο μαστό. (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).

Υπάρχουν και άλλοι τρεις τύποι σπανιότεροι, όπως το σάρκωμα που προέρχεται από τα κύτταρα των ινών του μαστού και προκαλεί αιματογενείς μεταστάσεις, η νόσος Paget της θηλής, όπου διηθείται η θηλή του μαστού, γιατί ο όγκος βρίσκεται σχεδόν από κάτω της και τέλος έχουμε τον φλαγμονώδη καρκίνο του μαστού που συνοδεύεται από μικροβιακή ή άσηπτη φλεγμονή των λεμφαγγείων μιας περιοχής του μαστού). . (Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας καρκίνου του μαστού έχουν σταδιακά αυξήσει το όριο επιβίωσης από την ασθένεια. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και προϋποθέσεις, όπως το στάδιο του όγκου, η ηλικία (η οποία διακρίνεται σε προεμμηνοπαυσική και μετεμμηνοπαυσική), το μέγεθος του όγκου, η ταξινόμησή του κάτω από το μικροσκόπιο και η ορμονοεξάρτησή του. Για τη διάσωση ή παράταση της ζωής καθοριστική σημασία έχει η διαμόρφωση ενός συνολικού θεραπευτικού προγράμματος, στο οποίο να συμπεριλαμβάνονται η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία. Σήμερα, οι περισσότεροι καρκίνοι αντιμετωπίζονται με ένα συνδυασμό θεραπειών που στόχο έχουν την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων στο μαστό ή την εξάλειψη αυτών σε όλο το σώμα. (Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β.).

ΤΟΠΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Χειρουργική θεραπεία: Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου του μαστού, δηλαδή η μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα. Τη χειρουργική θεραπεία τη διακρίνουμε σε: α) ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει εκτομή όλου του μαστικού αδένου, των δύο θωρακικών μυών του θωρακικού τοιχώματος και καθαρισμός της μασχάλης ως την κλείδα. (Wymelenberg S., 2009).

Β) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Ο τύπος αυτός της εγχείρησης περιλαμβάνει τη διατήρηση του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού τοιχώματος. Απαιτείται η συναφαίρεση και των ομάδων λεμφαδένων της μασχάλης που είναι δυνατό να απομακρυνθούν σε ενιαίο παρασκεύασμα με το μαστό ικανοποιητικά χωρίς την εκτομή των μυών. (Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β.).

Γ) Απλή μαστεκτομή: Σε αυτή την επέμβαση ο χειρουργός αφαιρεί ολόκληρο το μαστικό αδένου και όχι τους λεμφαδένες ή τους υποκείμενους μύες. (Henry M.M., Thompson J.N., 2008).

Δ) Τμηματική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μασχάλης και την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας. Πραγματοποιείται στο 1^ο στάδιο όταν ο όγκος

είναι μικρότερος από 4 εκατοστά, να μην προσφύεται ο όγκος στους μύες ή στο θωρακικό τοίχωμα, να μη διηθεί στο υπερκείμενο δέρμα, να μην έχει πολυκεντρική εμφάνιση και να μην υπάρχουν λεμφαδενικές μάζες. (Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 2009).

Ακτινοθεραπεία: Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας με σκοπό την διακοπή της κυτταρικής ανάπτυξης. Μαζί με την χειρουργική θεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, αποτελεί έναν από τους αποτελεσματικότερους τρόπους για την αντιμετώπιση κακοήθων νεοπλασμάτων. Η ακτινοθεραπεία είναι τοπική θεραπεία, η οποία καταπολεμά τυχόν απομεινάρια καρκινικών κυττάρων μετά τη χειρουργική αφαίρεση όγκου, στο μαστό ή τη μασχάλη. Χρησιμοποιείται ως επικουρική θεραπεία ενώ σπάνια μπορεί ως νεοεπικουρική, δηλαδή, πριν την χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη συρρίκνωση του όγκου. (Μαρκόπουλος Χ., 2010).

Χημειοθεραπεία: Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, περιορίζουν όμως την εξέλιξή του. Είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή καταστρέφουν τα κύτταρα. Η θανάτωση των κακοηθών κυττάρων είναι σχεδόν αδύνατη. Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή αρκετών κακοηθών κυττάρων ώστε να είναι δυνατή η καταστροφή των υπολοίπων από το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή. (Becker S., Choti M., 2009).

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο θεραπείες με σκοπό να μειώσει το μέγεθος των όγκων προεγχειρητικά ή να καταστρέψει απομεινάρια κακοηθών όγκων μετά από χειρουργική αφαίρεση όγκου. Δυστυχώς όμως τα χημειοθεραπευτικά καταστρέφουν όχι μόνο τα καρκινικά κύτταρα αλλά και τα υγιή, φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού. (Wymelenberg S., 2009).

Ορμονοθεραπεία: Η ορμονοθεραπεία βασίζεται στη χορήγηση φαρμάκων τα οποία εμποδίζουν τα καρκινικά κύτταρα να προμηθευτούν τις ορμόνες που χρειάζονται για να αναπτυχθούν. Τα περισσότερα χρησιμοποιούμενα ορμονοθεραπευτικά φάρμακα είναι η ταμοξιφάνη, οι αναστολείς αρωματάσης και τα ανάλογα της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών. Η ορμονοθεραπεία στο καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο ως εισαγωγική και προεγχειρητική θεραπεία, ως συμπληρωματική αγωγή και τέλος ως προφύλαξη από ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο. (Charles, Griggs, Loscalzo, 2011).

ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μακράν η πιο συχνή μορφή διαγνωσμένου καρκίνου στις γυναίκες στην Ευρώπη σήμερα. Το έτος 2006, 429.000 γυναίκες στην Ευρώπη διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού, ποσοστό 28,9% επί του συνόλου των καρκίνων. Η σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση του καρκίνου του μαστού για όλη την Ευρώπη, το έτος 2006, είναι 94,3/100.000 και για την Ευρώπη, είναι 81,8/100.000. Ο καρκίνος του μαστού είναι, επίσης, η κυριότερη αιτία θανάτου για τις γυναίκες στην Ευρώπη σήμερα. Το 2006 υπήρξαν 131.000 θάνατοι γυναικών από το συγκεκριμένο καρκίνο, ποσοστό 17,6% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Η σταθμισμένη για την ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού για όλη την Ευρώπη, το έτος 2006, είναι 26/100.000 και για την Ευρώπη των 25 είναι 25/100.000. Στην Ευρώπη, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει αυξητικές τάσεις από το 1960 και μετά, κυρίως σε γυναίκες 50-60 ετών. (Κονιάρη Ε., 2009).

Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί πολύ η συχνότητα του καρκίνου του μαστού και τείνουμε να πλησιάσουμε τη συχνότητα που υπάρχει και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Υπολογίζουμε ότι περίπου 1:11 γυναίκες (στις ΗΠΑ 1:9), κατά τη διάρκεια της ζωής της, θα αναπτύξει ένα καρκίνο στο μαστό της ή σε απόλυτους αριθμούς έχουμε περίπου 4.000-4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα ετησίως. Ο καρκίνος του μαστού, εξακολουθεί να αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών στην ηλικία μεταξύ 45-55 ετών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, περισσότεροι από 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού αυτό το χρόνο. Το αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μειώνονται και πιστεύεται ότι αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και των αποτελεσματικότερων θεραπειών, καθώς το 90% σχεδόν των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού που έχουν διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμες. (Χατζηγεωργίου Κ., 2013).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να παρουσιάσουν όγκο στον μαστό (έναν όζο, μια μάζα στο στήθος), έκκριση της θηλής αιματηρό ή μη, οίδημα, πόνο, εισολκή της θηλής, πρήξιμο ή μάζα σε μασχαλιαίο αδένα (77%). Συνήθως αυτή η μάζα είναι ανώδυνη (66%), σκληρή και ανώμαλη, στερεά και δε διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μπορεί να είναι πολυεστιακός και αμφοτερόπλευρος. (Μαρκόπουλος Ι. Χ.).

Έκκριση της θηλής: Σύμφωνα με τον Devitt των 2% των περιπτώσεων του καρκίνου εμφανίζει έκκριμα θηλής. Συνήθως, η έκκριση από πολλαπλά τμήματα της θηλής σχετίζεται με ενδοκρινολογικά προβλήματα, χρήση φαρμάκων ή διάχυτη ινοκυστική νόσο. Σε καμία περίπτωση όμως δεν αποκλείει την περίπτωση καρκίνου. Ο

χαρακτήρας του εκκρίματος δεν μπορεί να συσχετισθεί απόλυτα με καλοήγη ή κακοήγη νόσο για αυτό και θα πρέπει να εξετασθεί άμεσα. (Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.).

Πόνος: Δεν είναι συχνό σύμπτωμα, αν και περίπου το 20% των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση. (Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.).

Έλξη του δέρματος: Καθώς ο όγκος αυξάνει σε μέγεθος και διηθεί το γειτονικό αδενικό ιστό, η συνοδός ίνωση συρρικνώνει τους συνδέσμους του Cooper, με αποτέλεσμα την χαρακτηριστική έλξη του δέρματος. Η έλξη του δέρματος θεωρήθηκε διαγνωστικό σημείο του καρκίνου του μαστού, σήμερα όμως γνωρίζουμε ότι μπορεί να προκληθεί και από καλοήγη παθήσεις, όπως η νέκρωση λίπους, η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα και η νόσος του Mondor. (Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.).

Αλλοιώσεις δέρματος: Άμεση διήθηση του δέρματος εμφανίζεται σαν μεμονωμένη πεπαχυσμένη πλάκα. Άλλες φορές διάταση των επιφανειακών φλεβών υποδηλώνει την ύπαρξη καρκίνου. Καθώς ο όγκος μεγαλώνει επέρχεται απόφραξη των λεμφαγγείων με επακόλουθο οίδημα δέρματος ενώ οι σύνδεσμοι του Cooper που παραμένουν προκαλούν την όψη " φλοιού πορτοκαλιού ". Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται δορυφόρα οζίδια στο δέρμα, εξέλκωση ή ρίκνωση ολόκληρου του μαστού. (Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.).

Αλλοιώσεις θηλής: Στο δέρμα της περιοχής του μαστού μπορεί να παρατηρηθούν αλλοιώσεις παρόμοιες με εκείνες του δέρματος άλλων περιοχών, που έχουν σχέση είτε με τα ανατομικά τους στοιχεία (π.χ δοθήνες, σμηγματογόνες κύστες, υδραδενίτις, μελάνωμα) είτε αποτελούν εκδήλωση ευρύτερων συστηματικών αλλοιώσεων (π.χ ψωρίαση, λεύκη με αποχρωματισμό της άλω). (Μαρκόπουλος Ι. Χρήστος).

Μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια: Η διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης, μπορεί να είναι το μόνο σημείο " αφανούς " καρκίνου του μαστού σύμφωνα με τον Halsted. . (Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ.).

Φλεγμονώδες καρκίνωμα: Τα χαρακτηριστικά είναι ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία του δέρματος και οίδημα. Η κατάσταση αυτή μιμείται τόσο πολύ τις οηείες λοιμώξεις που δυστυχώς πολλές φορές αντιμετωπίζεται λανθασμένα με αντιβίωση. Τα σημεία αυτά μπορεί να εμφανίζονται εξ αρχής ή αργότερα κατά την διαδρομή της νόσου. Η διαδρομή της νόσου είναι ταχεία. Συνήθως παρατηρείται πρώτα ο όγκος στον μαστό, ο οποίος ακολουθείται από ταχεία αύξηση του μεγέθους του μαστού μαζί με οίδημα και ερυθρότητα. Κατά τη φυσική εξέταση το προεξάρχον σημείο είναι μια γενικευμένη σκληρία στο μαστό, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από πόνο και αυξημένη θερμοκρασία. Τα σημεία λοίμωξης απουσιάζουν. (Roisman I., Lifshitz I., 2008).

ΠΡΟΛΗΨΗ

Το κυριότερο κομμάτι της αποφυγής μιας νόσου, από όλους τους επιστήμονες, αποτελεί η πρόληψή της. Η πρόωμη ανίχνευση περιλαμβάνει τη μαστογραφία και ακολουθεί η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση του μαστού. Η αυτοεξέταση του μαστού δεν προλαμβάνει τη νόσο, αλλά την εντοπίζει σε πρώιμα στάδια. Είναι θετικό η ανίχνευσή της να επιτευχθεί πριν η νόσος εισβάλλει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Οι γυναίκες διδάσκονται την αυτοεξέταση από έμπειρο προσωπικό σε ατομική ή ομαδική βάση και πρέπει να την εκτελούν κάθε μήνα. Η κλινική εξέταση επιβάλλεται να γίνεται περιοδικά μια φορά το χρόνο για ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών και ανά τριετία για ηλικίες μικρότερες. Σε εντόπιση ύποπτης βλάβης ή εκκρίματος η ασθενής παραπέμπεται για υπερηχογράφημα και μαστογραφία. Σε περίπτωση γενετικού κινδύνου πρέπει να εκτελείται βιοψία του μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου συνιστάται μια αμφιλεγόμενη επιλογή, η προφυλακτική μαστεκτομή, καθώς και χημειοπροφύλαξη με κιτρική ταμοξιφαίνη. (Χαράτση, Γιωτάκη Ε., 2010).

Συνεπώς, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Πρωτογενής πρόληψη καλείται το σύνολο των ενεργειών που αποσπών στην παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου, ενώ δευτερογενής πρόληψη είναι ουσιαστικά η προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης ενός καρκίνου σε αρχικό στάδιο, ώστε να επιτύχουμε ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο. (Μαρκόπουλος Ι.Χ., 2010).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το στάδιο του καρκίνου θεωρείται ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας. Όσο πιο αρχικό είναι το στάδιο, τόσο καλύτερη είναι και η πρόγνωση. Σημαντικό όμως ρόλο παίζει και το μέγεθος του όγκου. Αν είναι μεγαλύτερο από 2 εκατοστά, τότε η πρόγνωση είναι κακή. Η διήθηση των λεμφαδένων μπορεί να μειώσει την 5ετή επιβίωση από 80% σε 60%. Η αιματολογική διασπορά, δηλαδή εάν έχουμε επέκταση του καρκίνου και σε άλλα όργανα καθιστά την πρόγνωση πολύ κακή και η 5ετής επιβίωση αφορά μόνο το 10% των περιπτώσεων. Τέλος, ο βαθμός κακοήθειας ενός καρκίνου, ο οποίος εκτιμάται σε ιστολογικό επίπεδο (και μας δίνει 3 βαθμούς κακοήθειας) παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση και μας δίνει πολλά στοιχεία. Γενικότερα, όσο πρωιμότερο είναι το στάδιο του καρκίνου, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση ανίχνευσης της νόσου, εφόσον είναι αποτελεσματικότερη η θεραπευτική σε πρώιμα διαγνωσμένους καρκίνους. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2006).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

<p><u>ΣΤΑΔΙΟ 0</u> Παθολογικά κύτταρα που δεν αντιστοιχούν σε διηθητικό καρκίνωμα. (Το μη διηθητικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται ως “in situ”. Υπάρχουν 2 τύποι in situ καρκινωμάτων του μαστού.</p>	<p><u>Καρκίνωμα του πόρου “in situ”(DCIS):</u> Χαρακτηρίζεται από την παρουσία παθολογικών κυττάρων στο επιθήλιο των μαστικών πόρων. Σε μερικές περιπτώσεις το DCIS μπορεί να γίνει διηθητικό καρκίνωμα και να επεκταθεί και σε άλλους ιστούς.</p>
	<p><u>Καρκίνωμα λοβίων “in situ”(LCIS):</u> Χαρακτηρίζεται από την παρουσία παθολογικών κυττάρων στα λοβίδια των μαστών. Σπάνια εξελίσσεται σε διηθητικό καρκίνωμα, αλλά η παρουσία καρκινώματος των λοβιδίων in situ σε ένα μαστό αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε κάθε μαστό.</p>
<p><u>ΣΤΑΔΙΟ I</u> Πρώιμο στάδιο διηθητικού καρκίνου του μαστού, το οποίο περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες.</p>	<p><u>Στάδιο Ia:</u> Ο όγκος έχει μέγεθος 2 εκατοστά ή μικρότερο (T1) και δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες(N0).</p>
	<p><u>Στάδιο Ib:</u> Ο όγκος έχει μέγεθος 2 εκατοστά ή λιγότερο ή δεν εντοπίζεται (T0 ή T1). Υπάρχουν μικρομεταστάσεις σε 1 ή 3 λεμφαδένες στη μασχάλη.</p>

<p><u>ΣΤΑΔΙΟ II</u> Περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες.</p>	<p><u>Στάδιο IIα: Ισχύει ένα από τα παρακάτω:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο όγκος έχει μέγεθος 2 εκατοστά ή μικρότερο ή δεν εντοπίζεται (T1 ή T0) και ισχύει ένα από τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> • Έχει επεκταθεί σε 1 ή 3 μασχαλιαίους λεμφαδένες και το καρκίνωμα στους λεμφαδένες είναι μεγαλύτερο από 2 χιλιοστά (N1a). • Η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα αποκαλύπτει μικρά καρκινώματα στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1b). • Έχει επεκταθεί σε 1 έως 3 μασχαλιαίους λεμφαδένες (N1c). • Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2 εκατοστά και μικρότερος από 5 εκατοστά. (T2), αλλά δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες (N0).
	<p><u>Στάδιο IIβ: Ισχύει ένα από τα παρακάτω:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2 εκατοστά και μικρότερος από 5 εκατοστά (T2) και έχει επεκταθεί σε 1 έως 3 μασχαλιαίους λεμφαδένες και/ή η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα αποκαλύπτει μικρά καρκινώματα στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1) ή • Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκατοστά, αλλά δεν έχει διεισδύσει στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα και δεν έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες (T3, T0). Ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές

	του σώματος (N0).
--	-------------------

<p><u>ΣΤΑΔΙΟ III</u> Περιλαμβάνει 3 υποκατηγορίες.</p>	<p><u>Στάδιο IIIα: Ισχύει ένα από τα παρακάτω:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκατοστά ή δεν εντοπίζεται (T0 ή T2), έχει επεκταθεί σε 4 έως 9 μασχالياίους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N2). • Ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκατοστά αλλά δεν έχει διεισδύσει στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (T3). Έχει επεκταθεί σε 1 έως 9 μασχالياίους λεμφαδένες ή στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1 ή N2) <p><u>Στάδιο IIIβ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ο όγκος έχει διεισδύσει στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα (T4) και ισχύει ένα από τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> • Δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες (N0). • Έχει επεκταθεί σε 1 έως 3 λεμφαδένες και/ή η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα αποκαλύπτει μικρά καρκινώματα στους έσω μαστικούς λεμφαδένες (N1). • Έχει επεκταθεί σε 4 έως 9 μασχالياίους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N2). <p><u>ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</u> Η διάγνωση του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού, μιας σπάνιας μορφής καρκίνου, θεωρείται στάδιο IIIβ εκτός αν ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους λεμφαδένες ή όργανα, οπότε σε αυτή τη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως στάδιο IV. Στον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού, οι μαστοί είναι ερυθροί</p>
--	--

	και πρησμένοι γιατί τα καρκινικά κύτταρα μπλοκάρουν τα λεμφαγγεία στο δέρμα.
--	--

	<p><u>Στάδιο IIIγ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Όγκος κάθε μεγέθους ή μη εντοπίσιμος και ισχύει ένα από τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> • Ο όγκος έχει επεκταθεί σε 10 ή περισσότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες (N3) • Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες κάτω από την κλείδα (N3). • Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες πάνω από την κλείδα (N3). • Ο καρκίνος εντοπίζεται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και έχει προκαλέσει διόγκωση των έσω μαστικών λεμφαδένων (N3).
--	---

<p><u>ΣΤΑΔΙΟ IV</u> Μεταστατικός καρκίνος</p>	Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, όπως οι πνεύμονες, τα οστά ή το ήπαρ.
---	---

(Dr Φύσσας Γ.Π., 2009).

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι τρόποι πρωτογενούς πρόληψης είναι οι παρακάτω:

- Τροποποίηση επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου (άσκηση, αποφυγή παχυσαρκίας, αποφυγή ακτινοβολίας, αποφυγή μακροχρόνιας χρήσης οιστρογόνων)
- Φαρμακευτική προφύλαξη (χορήγηση ταμοξιφαίνης)
- Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή). (Μαρκόπουλος Ι. Χρήστος)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μια διατροφή με ελεγχόμενη πρόσληψη ενέργειας και λίπους είναι χρήσιμη. Η παχυσαρκία μπορεί να ευνοήσει την αρχική ανάπτυξη του όγκου και η κατανάλωση επιπλέον θερμίδων φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Μια πρόσληψη λίπους 10-20% με μείωση των λιπαρών οξέων έχει προταθεί. Συνολικά, ο δυτικός τρόπος διατροφής πρέπει να αποθαρρύνεται. Η κατανάλωση τουλάχιστον 5-9 μερίδων φρούτων και λαχανικών αλλά και 6 μερίδων τροφίμων ολικής αλέσεως καθημερινά θα πρέπει να ενθαρρύνονται για την πρόσληψη σημαντικών θρεπτικών συστατικών ινών και φυτοχημικών. Η κατανάλωση ελαιόλαδου, χυμού από σταφύλια, κόκκινου κρασιού αλλά και τυριών φαίνεται να είναι ευεργετική. Τα φρούτα και τα λαχανικά θα πρέπει να περιλαμβάνουν πηγές από άλφα και βήτα καροτίνη, ζεαξανθίνη και λυκοπένιο. Το σκόρδο και η κουρκουμίνη θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συχνά σαν καρυκεύματα. Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε ποσότητα μεγαλύτερη από ένα ποτό τη μέρα θα πρέπει να αποθαρρύνονται, διότι το αλκοόλ έχει ρόλο στην προαγωγή των καρκίνων θετικών σε οιστρογονικούς υποδοχείς. Η κατανάλωση φυτοοιστρογόνων (τρόφιμα σόγιας, λιναρόσπορους κ.τ.λ.) έχει φανεί ότι ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή ότι επιμηκύνει την ελεύθερη νόσου περίοδο. Υπάρχουν φυσικά και αντικρουόμενες έρευνες σχετικά με το ρόλο που παίζουν τα φυτοοιστρογόνα, και ότι πρέπει οι ασθενείς να περιορίζουν τις πηγές στη διατροφή τους. Η πρόσληψη σόγιας φαίνεται να είναι προστατευτική για τις περισσότερες γυναίκες, εκτός αν είναι οιστρογονοευαίσθητες. Μια διατροφή πλούσια σε ισοφλαβόνες θα μπορούσε να περιλαμβάνει τα άγρια χόρτα, σέλινο, μαρούλι, πιπεριές, ωμό σπανάκι, φρέσκο λεμόνι και φρέσκο μαϊντανό. Οι διατροφικές πηγές βιταμινών και μετάλλων που πληρούν την συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη είναι συνήθως επαρκείς. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το φολικό οξύ, το ασβέστιο και τις βιταμίνες D, A, C, E. (Καραφυλλίδης Π.Ε., 2013).

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία δημοσίευσε στις 24/04/2012, για πρώτη φορά κατευθυντήριες οδηγίες για τους ασθενείς που έχουν “νικήσει” τον καρκίνο,

με έμφαση στα οφέλη για την υγεία από τη διατήρηση υγιούς βάρους, την τακτική άσκηση και την υγιεινή διατροφή

Διατήρηση υγιούς βάρους: Αποφυγή αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μείωση βάρους σε περίπτωση παχυσαρκίας. Ένα υγιές βάρος είναι σημαντικό για τη πρόληψη της υποτροπής του καρκίνου αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία.

Τακτική άσκηση: (Μέχρι 150 λεπτά τη βδομάδα). Δημιουργεί αίσθημα ευεξίας, βελτιώνοντας τη διάθεση, την πνευματική διαύγεια και την ενεργητικότητα. Μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ολοκληρώσουν τη χημειοθεραπεία μειώνοντας το αίσθημα της κόπωσης και βοηθώντας τους να νιώθουν καλύτερα.

Υγιεινή διατροφή: Η διατροφή και οι επιλογές των τροφίμων μπορεί να επηρεάσουν την εξέλιξη του καρκίνου και την εμφάνιση υποτροπών στους επιζώντες. Προτείνεται διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, τρόφιμα ολικής άλεσης, πουλερικά, ψάρια και αποφυγή επεξεργασμένων τροφίμων, κόκκινου κατεργασμένου κρέατος, τηγανιτών και λιπαρών γαλακτοκομικών προϊόντων. (Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι γυναίκες που περνούν την κλιμακτήριο και καπνίζουν ή υπήρξαν καπνίστριες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, το ίδιο και όσες υπήρξαν παθητικές καπνίστριες στο σπίτι και στο γραφείο, προειδοποιούν ερευνητές από τις ΗΠΑ.

Σε μελέτη που πραγματοποίησαν διαπίστωσαν πως ο κίνδυνος είναι αυξημένος κατά 16% σε σύγκριση με το κίνδυνο που διατρέχουν οι γυναίκες οι οποίες ουδέποτε κάπνισαν. Κάθε γυναίκα στη χώρα μας έχει 1 πιθανότητα στις 10 να εκδηλώσει καρκίνο του μαστού ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Δύσης οι αντίστοιχες πιθανότητες είναι μια στις οχτώ. Η μελέτη δείχνει ακόμη, πως οι γυναίκες οι οποίες έχουν εκτεθεί εκτεταμένα στο παθητικό κάπνισμα, είτε ως παιδιά είτε ως ενήλικες, έχουν πολύ αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού. Αν και προγενέστερες μελέτες έχουν ξαναδείξει πως το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για το συγκεκριμένο καρκίνο, ο πιθανός ρόλος του παθητικού καπνίσματος παραμένει αμφιλεγόμενος. Οι ερευνητές δρς Τζονχονά Λονό από το Πανεπιστήμιο της δυτικής Βιρτζίνια και Κάρεν Μαργκόλκς από το Ερευνητικό Ίδρυμα HealthPartners στη Μινεάπολη, αποφάσισαν να πραγματοποιήσουν ευρείας κλίμακας μελέτη και να παρακολουθήσουν τις εθελόντριες τους επί χρόνια για να διερευνήσουν

περαιτέρω το θέμα. Έτσι επιστράτευσαν σχεδόν 80.000 γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω, τις οποίες παρακολουθούσαν επί μια δεκαετία. Όπως γράφουν στην «Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση» (BMJ) στη διάρκεια των 10 ετών, 3.250 γυναίκες παρουσίασαν διηθητικό καρκίνο του μαστού. Η ανάλυση των στοιχείων έδειξε πως το ενεργητικό κάπνισμα αυξάνει στις καπνίστριες τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού έως 16% αναλόγως με τα χρόνια καπνίσματος. Όσον αφορά τις πρώην καπνίστριες, ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού αυξανόταν κατά 9% και παρέμενε αυξημένος έως και 20 χρόνια έπειτα από τη διακοπή του καπνίσματος. Το πιο αξιοσημείωτο εύρημα όμως αφορά το παθητικό κάπνισμα. Οι ερευνητές ανέλυσαν τα στοιχεία για γυναίκες οι οποίες είχαν εκτεθεί εξαιρετικά πολύ στο παθητικό κάπνισμα – 10 χρόνια όταν ήταν παιδιά, πάνω από 20 χρόνια στο σπίτι μετά την ενηλικίωση και πάνω από 10 χρόνια στη δουλειά τους μετά την ενηλικίωση. Όπως διαπίστωσαν υπό αυτές τις προϋποθέσεις, η μη καπνίστριες διέτρεχαν κατά 32% υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού. Επειδή, όμως αξιολογήθηκε μόνο αυτή η αυξημένη έκθεση, εκτιμούν πως το εύρημα τους πρέπει να επιβεβαιωθεί από άλλες μελέτες καθώς και να διερευνηθεί τι γίνεται στις περιπτώσεις που η έκθεση είναι μικρότερη. (Παπαδοπούλου Δ., 2008)

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα νόσος και είναι η πιο συχνή κακοήθεια στο γυναικείο πληθυσμό. Αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία των θανάτων από κακοήθειες νεοπλασίες στις γυναίκες. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περίπου 6.500 γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο. Περίπου 70% των περιστατικών καρκίνου μαστού, εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό για τη νόσο και θεωρούνται σποραδικές κακοήθειες. Σε ένα ποσοστό γυναικών (30%), όμως ο καρκίνος του μαστού έχει κληρονομικές ή οικογενή αιτιολογία. Οι γενετικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου και των σημαντικότερων σχετικών γονιδίων (BRCA1, BRCA2, P53, PTEN, CHEK2, CDH1, MSH2, 6, ATM, NBS1, RPSO, BRIP1, και PALB2) είναι δυνατόν να ευθύνονται μέχρι και το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στις αναπτυγμένες χώρες. Τα πιο εκτενώς μελετημένα γονίδια που εμπλέκονται είναι τα BRCA1 και BRCA2 οι μεταλλάξεις των οποίων ευθύνονται και για άλλους τύπους καρκίνου όπως των ωοθηκών, του προστάτη, του παγκρέατος αλλά και του μελανώματος. Επίσης, παρατηρείται και η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με την ηλικία πριν το τοκετό και τον τόκο της γυναίκας. Καρκίνος των ωοθηκών αποτελεί την πέμπτη αιτία θανάτου από κακοήθειες στο γυναικείο πληθυσμό και την 2^η αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο και ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο τέταρτος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες.

Πρέπει να υποπτευθούμε μια γενετική μετάλλαξη η οποία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, εάν:

- Υπάρχουν δύο ή περισσότεροι στενοί συγγενείς στην ίδια πλευρά της οικογένειας που εκδηλώνουν καρκίνο του μαστού σε οποιαδήποτε ηλικία.
- Υπάρχει ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς που ανέπτυξαν καρκίνο του μαστού κάτω από την ηλικία των 45
- Υπάρχει ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς με καρκίνο του μαστού και στους δύο μαστούς
- Υπάρχει ένας ή περισσότεροι στενοί συγγενείς με καρκίνο του μαστού και άλλος συγγενής στην ίδια πλευρά της οικογένειας με καρκίνο ωοθηκών ή ένας συγγενής με καρκίνο μαστού και ωοθηκών στον ίδιο άνθρωπο.

Με τον όρο στενοί συγγενείς εννοούμε τους συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή οι γονείς, τα παιδιά, οι αδερφές και οι αδερφοί.. (Τριανταφυλλίδου, Βιτάλη Ο. 2015).

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

Η αυτοεξέταση του μαστού είναι μια από τις μεθόδους για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, αλλά πολλές γυναίκες παραμελούν να εξετάσουν το στήθος τους. Αυτό φυσικά μπορεί να γίνει στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Είναι μια εύκολη, γρήγορη και δωρεάν διαδικασία που έχει σώσει τις ζωές πολλών γυναικών. Γιατί στο καρκίνο του μαστού, η έγκαιρη διάγνωση κάνει την κρίσιμη διαφορά. (Κουρούσης Χ.).

Πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε μήνα, περίπου 7-10 ώρες μετά την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, όταν οι μαστοί είναι συνήθως μαλακοί και λιγότερο ευαίσθητοι. Μετά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση μήτρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια μέρα κάθε μήνα. (Μαρκόπουλος Ι. Χ.).

«Στο ντους»

Με το ένα χέρι στον αυχένα και με τα δάχτυλα του αντίθετου χεριού μπορείτε να ψηλαφίσετε πιθανόν οποιαδήποτε ανομοιομορφία του δέρματος ή του μαστού.

Μπροστά στον καθρέφτη

Με τα χέρια στην μέση και μετά πίσω από τον αυχένα προσέξτε προσεχτικά οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα, στο σχήμα ή στην επιδερμίδα του στήθους σας.

Στο κρεβάτι



Για να εξετάσετε τον αριστερό μαστό τοποθετείτε κάτω από την αριστερή ωμοπλάτη ένα μαξιλάρι και σηκώνετε το αριστερό χέρι πίσω από το κεφάλι. Με το δεξί και τα δάχτυλα τεντωμένα και ενωμένα ψηλαφίστε με κυκλικές κινήσεις από την θηλή προς την περιφέρεια κατά την φορά των δεικτών του ωρολογίου.

Για μια ολοκληρωμένη εξέταση η ψηλάφηση θα πρέπει να επαναληφτεί πέντε φορές για κάθε μαστό. Τέλος πιέζετε ελαφρώς με τον αντίχειρα και με τον δείκτη την θηλή και παρατηρήστε αν υπάρχει έκκριση υγρού.



Εάν αισθανθείτε κάπου πόνο ή και κάτι σκληρό ή κάτι που «κολλάει» πάνω στο θώρακά σας να το αναφέρετε αμέσως στον γιατρό σας. (Μυλωνάκης Δ., 2013).

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποτιτανώσεων στο μαστό. Υπολογίζεται ότι παθολογικές μικροαποτιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30% - 40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και σε ως και 90% των καρκινωμάτων in situ του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Πράγματι, υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί 30% - 50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος in situ, επιτρέπει και την διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε πρωιμότερα στάδια από ότι άλλες μέθοδοι. (Smith R.A., Cokkinides V., Eyre H.J., 2008).

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία ξεκινά μετά την ηλικία των 40 ετών είναι η χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου και ο πολύ χαμηλός επιπολασμός της νόσου στις νεότερες γυναίκες. Μαστογραφία θα πρέπει κατ' εξαίρεση να πραγματοποιείται σε μικρότερη ηλικία στις παρακάτω περιπτώσεις :

1. Όταν πρόκειται για τη λεγόμενη «μαστογραφία βάσης» ή «μαστογραφία αναφοράς» που πραγματοποιείται στο γενικό πληθυσμό στην ηλικία των 35 ετών, για να αποτελέσει το μέτρο ή τη βάση σύγκρισης για τις μεταγενέστερες μαστογραφίες.
2. Όταν υπάρχουν κλινικά ευρήματα, οπότε η μαστογραφία πραγματοποιείται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών για διαγνωστικούς λόγους.
3. Όταν πρόκειται για γυναίκες με αποδεδειγμένο οικογενή καρκίνο μαστού/ωοθηκών, τότε ο ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος θα πρέπει να ξεκινά σε νεότερη ηλικία. (Smith R.A., Cokkinides V., Eyre H.J., 2008).

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί σημαντικά η τεχνολογία της ψηφιακής μαστογραφίας. Η ψηφιακή μαστογραφία έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- a. Τη δυνατότητα ψηφιακής αρχειοθέτησης και μετάδοσης των εικόνων σε χαμηλό κόστος.
- b. Την εκμηδένιση διαφόρων artifacts, όπως είναι η σκόνη στα κλασικά φιλμς μαστογραφίας

- c. Το γεγονός ότι ο χρόνος συμπίεσης του μαστού είναι βραχύτερος, κάτι που κάνει την εξέταση περισσότερο αποδεκτή από την εξεταζόμενη.
- d. Τη δυνατότητα απεικόνισης σε μεγέθυνση, χωρίς την ανάγκη λήψη νέας εικόνας
- e. Την μεγαλύτερη ευκρίνεια στην απεικόνιση του δέρματος και σε μαστούς με προθέσεις σιλικόνης.
- f. Την ανίχνευση βλαβών με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.(Computed Aided Detection)
- g. Την ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας.(Lewin J.M., 2009).

Επίσης, μια συμπληρωματική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη είναι η υπερηχογραφία που βελτιώνει σημαντικά την ευαισθησία και την ειδικότητα της μαστογραφίας. Η υπερηχογραφία μόνη της υπολογίζεται ότι έχει ευαισθησία 57% - 90% και ειδικότητα 60% - 90%. Με την προσθήκη της υπερηχογραφίας στην αξιολόγηση της μαστογραφίας, η αθροιστική ειδικότητα και από τις δύο μεθόδους μπορεί να φτάσει από 92% - 95%. Ακόμη, σε ότι αφορά την ευαισθησία με την υπερηχογραφία είναι δυνατόν να ανευρεθούν όγκοι που δεν είναι ανιχνεύσιμοι με την μαστογραφία κυρίως σε πυκνούς μαστούς.(Ζαφράκας Μ., Αθανασιάδης Α., Τζεβελάκης Φ., κ.ά., 2009).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Παράγοντες που προκαλούν stress: Παρά το γεγονός ότι στις μέρες μας ο καρκίνος του μαστού έχει καλύτερη πρόγνωση από άλλα είδη καρκίνων, η διάγνωση του προκαλεί φόβο και άγχος. Το άγνωστο, η αναισθησία και ο πόνος, η σκέψη πιθανής αναπηρίας, το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου και η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα είναι παράγοντες που γεμίζουν την ασθενή με stress.

Η συγκινησιακή υποστήριξη του χειρουργημένου αρρώστου είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα των νοσηλευτών και εξασφαλίζεται με:

- Τον μοναδικό, ειδικό ρόλο του νοσηλευτή να παρατηρεί και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας και άγχους
- Την επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος, σεβασμού και σημασίας στα αισθήματα του αρρώστου
- Την παροχή λογικών εξηγήσεων και πληροφοριών
- Την συμπεριφορά με σύνεση, κρίση, στοργή, ευγένεια, ενδιαφέρον και κατανόηση
- Την εκτέλεση νοσηλευτικών τεχνικών με δεξιότητα και αυτοπεποίθηση. (Stergiopoulou, et al., 2010).

ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠ' ΟΨΙΝ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

Απαιτείται λήψη ιστορικού ή κλινική εξέταση.

Ηλικία αρρώστου: τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μετεγχειρητικά εύκολα αφυδάτωση και βραδύτερο ρυθμό επούλωσης στις τραυματικές βλάβες. Χρόνια νοσήματα επιβαρύνουν τη μετεγχειρητική κατάσταση.

Παχυσαρκία: προδιαθέτει σε μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως διαπύση τραύματος, εισπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές, shock.

Θρέψη –υδατοηλεκτρική ισορροπία: η καλή θρέψη και ενυδάτωση προεγχειρητικά βοηθά στην αντιμετώπιση μετεγχειρητικού αρνητικού ισοζυγίου αζώτου, και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών επιπλοκών χωρίς συνέπειες. Ο άρρωστος με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο μετεγχειρητικό στρες και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις λόγω μειωμένης άμυνας.

Φάρμακα: αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, όπως κορτικοειδή, αντιβιοτικά, διουρητικά και αντιπηκτικά κρίνεται αν πρέπει να συνεχιστούν ή όχι, γιατί μπορεί να υπάρχει συνέργεια με τα αναισθητικά φάρμακα.

Έντερο: πρέπει να ρυθμίζεται καλά προεγχειρητικά με κατάλληλη διαίτα, όχι με υπακτικά γιατί προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές (Perez, 2011).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σε όλους, γενικώς, τους αρρώστους γίνονται οι παρακάτω εξετάσεις. Αυτές είναι:

- Γενική αίματος (Ht, Hb, αριθ. ερυθρών, λευκών και αιμοπεταλίων λευκοκυτταρικός τύπος)
- Γενική ούρων
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών
- Χρόνος προθρομβίνης, INR
- Ομάδα Rhesus
- HIV
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ακτινογραφία θώρακος (Perez, 2011).

ΔΙΑΔΕΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ:

Τεχνική διαφραγματικής αναπνοής: σκοπός της είναι η ισχυροποίηση του διαφράγματος.

Αποτελεσματικότερο βήχα: σκοπός είναι η αποτελεσματική αποβολή των εκκρίσεων για την πρόληψη μετεγχειρητικών προβλημάτων.

Ασκήσεις κάτω άκρων αλλαγή θέσης: γίνονται για βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος και την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και μόνιμων μυϊκών συσπάσεων (Perez, 2011).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΜΕΡΑΣ

Καθαρισμός υποκλυσμός: γίνεται το απόγευμα της προηγούμενης μέρας για τον καθαρισμό του εντέρου για να απαλλαγεί το έντερο από το περιεχόμενό του είναι δυνατόν με την νάρκωση, η οποία προκαλεί μυϊκή χάλαση, να έχει ακούσια στο χειρουργικό τραπέζι. Επίσης βοηθά στην πρόληψη συλλογής αερίων και μετεγχειρητικής διάτασης του εντέρου.

Ετοιμασία δέρματος εγχειρητικού πεδίου: γίνεται αποτρίχωση και τοπική αντισηψία, για απαλλαγή από μικροοργανισμούς χωρίς ερεθισμούς ή λύση της συνεχείας του δέρματος.

Ατομική υγιεινή: περιλαμβάνει λουτρό καθαριότητας, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα σώματος και νυχιών. Καθαρίζεται το δέρμα και προκαλείται συγχρόνως μυϊκή χάλαση, η οποία διευκολύνει την επέλευση του ύπνου.

Διατροφή: την προηγούμενη μέρα ο άρρωστος παίρνει ελαφρά τροφή και 6-8h πριν την επέμβαση τίποτα από το στόμα. Το άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα διάτασής του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία (Roles of preoperative nurse, 2010).

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

(ΗΜΕΡΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ)

- Παραμένει νηστικός, το πρωί της ίδιας μέρας
- Τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει για πρόληψη πιθανού λάθους
- Αφαιρούνται φακοί επαφής ή γυαλιά για πρόληψη τραυματισμού και εύκολο έλεγχο της κόρης του οφθαλμού κατά τη νάρκωση
- Αφαιρούνται και δακτυλίδια για να μη χαθούν. Καταγράφονται, παραδίδονται στους οικείους ή την προϊσταμένη. Άλλος λόγος που αφαιρούνται είναι για πρόληψη εγκαύματος από τη διαθερμία σε περίπτωση επαφής με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας.
- Πριν την επέμβαση ο άρρωστος ουρεί. Μια γεμάτη κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι λόγω μυϊκής χάλασής της από τη νάρκωση ή να

τρωθεί κατά την επέμβαση. Σε ειδικές περιπτώσεις όπως γυναικολογικές επεμβάσεις τοποθετείται προεγχειρητικά ουροκαθετήρας.

- Ο άρρωστος φορά την ειδική στολή χειρουργείου: χειρουργικό πουκάμισο, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών.
- Γίνεται προνάρκωση (IM) $\frac{1}{2}$ -1 h πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο. Περιλαμβάνει χορήγηση $\frac{1}{2}$ amp πεθιδίνης (0,05gr) για την καταστολή των εκκρίσεων. Δίνονται οδηγίες να μη σηκωθεί ο άρρωστος για πρόληψη των πτώσεων, επειδή προκλείεται γενική μυϊκή χάλαση και υπνηλία χωρίς να χάσει τις αισθήσεις του και ξηρότητα στόματος.
- Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων, ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Σε περίπτωση π.χ. πυρετού, αναφέρεται στο γιατρό και μπορεί να είναι κριτήριο αναβολής της επέμβασης.
- Όταν ετοιμαστεί ο άρρωστος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Συγχρόνως γίνεται και έλεγχος αν έγιναν όλες οι απαιτούμενες ενέργειες. Το προεγχειρητικό δελτίο, ο φάκελος του αρρώστου και τα φάρμακα – αν έχει – τον συνοδεύουν στο χειρουργείο. Στο τέλος το προεγχειρητικό δελτίο υπογράφεται από το νοσηλευτή.
- Ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο με φορείο από προσωπικό του χειρουργείου (Brichant, 2012).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενούς στη μονάδα νοσηλείας, ο νοσηλευτής προβαίνει σε μία αρχική εκτίμηση. Η αλληλουχία των δραστηριοτήτων ποικίλλει από περιστατικό σε περιστατικό. Ο νοσηλευτής συμβουλευεται τις μετεγχειρητικές οδηγίες του χειρουργού για να μάθει τα εξής:

- επιτρέπεται να λάβει από το στόμα Τις τροφές και τα υγρά που
- την ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή Τα ενδοφλέβια διαλύματα και
- Τη θέση του ασθενούς στη κλίνη
- Τη φαρμακευτική αγωγή
- Τις εργαστηριακές εξετάσεις
- ούρων Την πρόσληψη και αποβολή των
- δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένου και της βάδισης. Την επιτρεπόμενη

Ο νοσηλευτής ελέγχει επίσης και τα αντίτυπα που συνοδεύουν τον ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης που αφορούν τα εξής στοιχεία:

- ✓ επέμβασης Το είδος της χειρουργικής
- ✓ παροχетеύσεων Την παρουσία και θέση
- ✓ χρησιμοποιήθηκε Το αναισθητικό που
- ✓ Τη μετεγχειρητική διάγνωση
- ✓ αίματος Την εκτιμώμενη απώλεια
- ✓ χορηγήθηκε στο θάλαμο ανάνηψης. Τη φαρμακευτική αγωγή που

Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν μετεγχειρητικά πρωτόκολλα για την τακτική εκτίμηση των ασθενών. Οι εκτιμήσεις εκτελούνται κάθε 15 λεπτά, μέχρις ότου

σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία, κάθε μία ώρα για τις επόμενες 4 ώρες και στη συνέχεια κάθε 4 ώρες για τις επόμενες 2 μέρες (Sarvis, 2010).

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η διδασκαλία της ασθενούς είναι ένα πολύ σημαντικό τμήμα της χημειοθεραπείας αλλά και καθήκον του νοσηλευτή, έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτό γίνεται με τη συνεργασία της πάσχουσας, του περιβάλλοντος της αλλά και την ομάδα υγείας που έχει δίπλα της.

Η διδασκαλία που μεταδίδει η νοσηλεύτρια στην ασθενή περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση των ασθενών για τις παρενέργειες των φαρμάκων και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.
- Ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που παρουσιάζουν αλλαγές στο σώμα τους.
- Συμβουλές από διαιτολόγο για μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή.
- Ενθάρρυνση των πασχόντων να μοιραστούν κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς, οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Ενθάρρυνση των ασθενών να διατηρήσουν θετική εικόνα για το σώμα τους, χρησιμοποιώντας ενυδατικές κρέμες , να αγγίζουν την ουλή τους και να εξερευνούν άλλες περιοχές του σώματός τους που είναι παραμελημένες. (Keller M., Fall P., 2009).

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στη χρήση ιονίζουσων ακτινοβολιών. Κατά τη χορήγηση της υψηλής δόσης της ακτινοβολίας στον κακοήγη όγκο γίνεται ταυτόχρονα και προστασία των υγιών δομών που περιβάλλουν την ακτινοβολιτέα περιοχή. Η ακτινοβολία χορηγείται σε ημερήσιες δόσεις, το σύνολο των οποίων

αποτελεί την ολική θεραπευτική δόση. Το ύψος της συνολικής δόσης εξαρτάται από την ακτινοευαισθησία του όγκου. (Κούβαρης Ι., 2011).

Ο σκοπός χορήγησης της ακτινοθεραπείας είναι είτε η θεραπεία του καρκίνου (π.χ. καρκίνος του δέρματος), είτε ο έλεγχος της νόσου (π.χ. μεταστατικός καρκίνος), ή η ανακούφιση συμπτωμάτων (ανακούφιση πόνου, πρόληψη παθολογικών καταγμάτων) στα τελικά στάδια της νόσου. (Camporeale J.,2011).

Σήμερα φυσικά χρησιμοποιούνται καινούριες τεχνικές ακτινοβολήσης, έτσι ώστε η ακτινοθεραπεία να γίνεται πιο ασφαλής και αποτελεσματική. Τέτοιες τεχνικές είναι η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία και στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, η τρισδιάστατη μεταβαλλόμενης έντασης δέσμης και η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία. (American Cancer Society.,2011).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- να πραγματοποιεί τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να ανακουφίσει από την κόπωση(να ενθαρρύνει την ασθενή να βλέπει τηλεόραση, να διαβάζει βιβλία και να αποφεύγει τα παράγωγα της καφεΐνης)
- να ανακουφίσει τις αντιδράσεις του δέρματος(η ασθενής ενθαρρύνεται να φορά βαμβακερά και ελαφριά ρούχα
- να διατηρεί στεγνό το δέρμα και να κάνει μπάνιο με χλιαρό και όχι καυτό νερό)
- να ανακουφίσει τη μετακινική εντερίτιδα και τη βλενογονίτιδα στόματος (ξηροστομία), οι οποίες θα πρέπει να είναι βασισμένες στη σύγχρονη βιβλιογραφία.
- Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότερες από αυτές τις παρενέργειες μπορεί να καταβάλλουν υπερβολικά τους ασθενείς και να τους επηρεάσει στη ποιότητα ζωής τους. (Lev El., Eller ES., Gejerman G., et.al., 2010).

Σήμερα έχει διαπιστωθεί ότι η νοσηλευτική έρευνα στο χώρο της ακτινοθεραπείας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια. Τα θέματα με τα οποία έχει ασχοληθεί κυρίως είναι με την ποιότητα ζωής, η διερεύνηση της ύπαρξης και μεταβολής συμπτωμάτων όπως η κόπωση, η φροντίδα του δέρματος, καθώς και συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να αποτελεί νοσηλευτική προτεραιότητα σε χώρες όπως η Ιρλανδία, ενώ η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία θέτει μεταξύ των άλλων προτεραιοτήτων στην έρευνα τη

διερεύνηση της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών μετά το τέλος της αντινεοπλασματικής θεραπείας. (Oncology Nursing Society., 2011).

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία βιώνουν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως για παράδειγμα η αύξηση βάρους, εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται και με την οστική μετάσταση, εξάψεις, κόπωση, νυχτερινές εφιδρώσεις, ξηρότητα του κόλπου, ελάττωση της libido και φυσικά αυτά έχουν επίδραση και στη σεξουαλική λειτουργία. (Τσιρλιάγκος, 2010).

Ένα από τα πιο διαδεδομένα φάρμακα στην ορμονοθεραπεία είναι η ταμοξιφένη (tamoxifen). Το συγκεκριμένο αντιοιστρογόνο έχει την ίδια δράση που θα μπορούσε να επιφέρει η εκτομή ωοθηκών. Με απλά λόγια η ταμοξιφένη εμποδίζει την προσκόλληση των οιστρογόνων πάνω στα καρκινικά κύτταρα, μειώνοντας έτσι τον πολλαπλασιασμό και την ανάπτυξή τους. Χορηγείται καθημερινά σε ταμπλέτες και είναι συνήθως και η πρώτη επιλογή ορμονοθεραπείας ενώ παράλληλα υπάρχουν πολλές εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές σε περίπτωση που ο καρκίνος δεν έχει ανταπόκριση με το φάρμακο αυτό. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια γίνεται ο συνδυασμός ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας, γιατί θεωρείται ότι η κάθε μέθοδος θεραπείας δρα πάνω σε διαφορετικούς κυτταρικούς πληθυσμούς. Όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, έτσι ώστε οι ασθενείς να έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν τη θεραπεία στο σπίτι τους. (Τσιρλιάγκος, 2010).

Καθήκον της νοσηλεύτριας λοιπόν είναι:

- η ενημέρωση, η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες
- η βοήθεια να κατανοήσει και να αντισταθμίσει τα πλεονεκτήματα σε σχέση με τα μειονεκτήματα.
- Και τέλος, θα πρέπει να τονίσει και την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών αυτών. (Τσιρλιάγκος, 2010).

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1) 2015 Jun 8;13:121. doi:
10.1186/s12916-015-0362-z.

Travier N., Velthuis MJ., Steins Bisschop., et. al.

Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial.

Abstract

BACKGROUND:

Exercise started shortly after breast cancer diagnosis might prevent or diminish fatigue complaints. The Physical Activity during Cancer Treatment (PACT) study was designed to primarily examine the effects of an 18-week exercise intervention, offered in the daily clinical practice setting and starting within 6 weeks after diagnosis, on preventing an increase in fatigue.

METHODS:

This multi-centre controlled trial randomly assigned 204 breast cancer patients to usual care (n = 102) or supervised aerobic and resistance exercise (n = 102). By design, all patients received chemotherapy between baseline and 18 weeks. Fatigue (i.e., primary outcome at 18 weeks), quality of life, anxiety, depression, and physical fitness were measured at 18 and 36 weeks.

RESULTS:

Intention-to-treat mixed linear model analyses showed that physical fatigue increased significantly less during cancer treatment in the intervention group compared to control (mean between-group differences at 18 weeks: -1.3; 95 % CI -2.5 to -0.1; effect size -0.30). Results for general fatigue were comparable but did not reach statistical significance (-1.0, 95%CI -2.1; 0.1; effect size -0.23). At 18 weeks, submaximal cardiorespiratory fitness and several muscle strength tests (leg extension and flexion) were significantly higher in the intervention group compared to control, whereas peak oxygen uptake did not differ between groups. At 36 weeks these differences were no longer statistically significant. Quality of life outcomes favoured the exercise group but were not significantly different between groups.

CONCLUSIONS:

A supervised 18-week exercise programme offered early in routine care during adjuvant breast cancer treatment showed positive effects on physical fatigue, submaximal cardiorespiratory fitness, and muscle strength. Exercise early during treatment of breast cancer can be recommended. At 36 weeks, these effects were no longer statistically significant. This might have been caused by the control participants' high physical activity levels during follow-up.

Μετάφραση**Επιδράσεις ενός προγράμματος άσκησης 18 εβδομάδων άργισε νωρίς κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου του μαστού: μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η άσκηση που ξεκίνησε λίγο μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να αποτρέψει ή να μειώσει τα παράπονα κόπωσης. Η σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου μελέτης (PACT) σχεδιάστηκε για να εξετάσει κυρίως τις επιπτώσεις μιας παρέμβασης άσκησης 18 εβδομάδων, που προσφέρονται στην καθημερινή κλινική πρακτική ρύθμιση και την έναρξη εντός 6 εβδομάδων μετά τη διάγνωση, την πρόληψη αύξησης της κόπωσης.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η πολυκεντρική, ελεγχόμενη δοκιμή ανέθεσε σε 204 τυχαίους ασθενείς με καρκίνο του μαστού με τη συνήθη φροντίδα (n = 102) ή εποπτευόμενη αερόβια και άσκηση αντοχής (n = 102). Από τη σχεδίαση, όλοι οι ασθενείς έλαβαν χημειοθεραπεία μεταξύ βάσης και 18 εβδομάδες. Κόπωση (δηλαδή, κύρια έκβαση σε 18 εβδομάδες), την ποιότητα ζωής, το άγχος, η κατάθλιψη, και την φυσική κατάσταση μετρήθηκαν σε 18 και 36 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρόθεση για θεραπεία μικτών γραμμικών μοντέλων ανάλυσης έδειξε ότι η σωματική κόπωση αυξήθηκε σημαντικά λιγότερο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με τον έλεγχο (μέση διαφορές μεταξύ των ομάδων σε 18 εβδομάδες: -1.3? 95% CI -2,5 έως -0,1? μέγεθος της επίδρασης -0.30). Αποτελέσματα για γενική κόπωση ήταν συγκρίσιμα, αλλά δεν ήταν στατιστικά σημαντική (-1.0, 95% CI -2.1? 0.1? Μέγεθος της επίδρασης -0,23). Στις 18 εβδομάδες, υπομέγιστη καρδιοαναπνευστική λειτουργία και αρκετές δοκιμές μυϊκής δύναμης (επέκταση πόδι και κάμψη) ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με τον έλεγχο, ενώ η μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων. Στις 36 εβδομάδες οι διαφορές αυτές δεν ήταν πια στατιστικά σημαντικές. Οι εκβάσεις της ποιότητας ζωής ευνόησαν την ομάδα άσκησης, αλλά δεν ήταν σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ένα πρόγραμμα εποπτείας άσκησης 18 εβδομάδων προσφέρονται νωρίς για ρουτίνα φροντίδας κατά τη διάρκεια επικουρικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, έδειξε θετικά αποτελέσματα στην σωματική κόπωση, υπομέγιστη καρδιοαναπνευστική και μυϊκή δύναμη. Άσκηση νωρίς κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου του μαστού μπορεί να συστηθεί. Στις 36 εβδομάδες, οι επιδράσεις αυτές δεν ήταν πια στατιστικά σημαντικές. Αυτό θα μπορούσε να έχει προκληθεί από τα υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ελεγχόμενων συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

2) 2015 May;42(3):241-9. doi: 10.1188/15.ONF.42-03AP.

Martin EA., Battaqlini CL., Hands B., Naumann F.

Higher-Intensity Exercise Results in More Sustainable Improvements for VO₂peak for Breast and Prostate Cancer Survivors.

Abstract

PURPOSE/OBJECTIVES:

To examine peak volume of oxygen consumption (VO₂peak) changes after a high- or low-intensity exercise intervention.

DESIGN:

Experimental trial comparing two randomized intervention groups with control.

SETTING:

An exercise clinic at a university in Australia.

SAMPLE:

87 prostate cancer survivors (aged 47-80 years) and 72 breast cancer survivors (aged 34-76 years).

METHODS:

Participants enrolled in an eight-week exercise intervention (n = 84) or control (n = 75) group. Intervention participants were randomized to low-intensity (n = 44, 60%-65% VO₂peak, 50%-65% of one repetition maximum [1RM]) or high-intensity (n = 40, 75%-80% VO₂peak, 65%-80% 1RM) exercise groups. Participants in the control group continued usual routines. All participants were assessed at weeks 1 and 10. The intervention groups were reassessed four months post intervention for sustainability.

MAIN RESEARCH VARIABLES:

VO₂peak and self-reported physical activity.

FINDINGS:

Intervention groups improved VO₂peak similarly (p = 0.083), and both more than controls (p < 0.001). The high-intensity group maintained VO₂peak at follow-up, whereas the low-intensity group regressed (p = 0.021). The low-intensity group minimally changed from baseline to follow-up by 0.5 ml/kg per minute, whereas the high-intensity group significantly improved by 2.2 ml/kg per minute (p = 0.01). Intervention groups always reported similar physical activity levels.

CONCLUSIONS:

Higher-intensity exercise provided more sustainable cardiorespiratory benefits than lower-intensity exercise.

Μετάφραση

Υψηλότερη ένταση της άσκησης καταλήγει σε περισσότερο βιώσιμες βελτιώσεις για VO₂peak του μαστού και του προστάτη των επιζώντων του καρκίνου.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ / ΣΤΟΧΟΙ:

Να εξετάσει τις αλλαγές της κορυφής του όγκου κατανάλωσης οξυγόνου (VO_{2peak}) μετά από μία υψηλής ή χαμηλής έντασης παρέμβαση της άσκησης.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Πειραματική μελέτη που συνέκρινε δύο τυχαιοποιημένες ομάδες παρέμβασης με έλεγχο.

ΡΥΘΜΙΣΗ:

Μια κλινική άσκηση σε ένα πανεπιστήμιο στην Αυστραλία.

ΔΕΙΓΜΑ:

87 επιζώντες του καρκίνου του προστάτη (ηλικίας 47-80 ετών) και οι επιζώντες του καρκίνου του μαστού 72 (ηλικίας 34-76 ετών).

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι συμμετέχοντες που εγγράφονται σε μια οκτώ εβδομάδων παρέμβαση άσκησης ($n = 84$) ή ελεγχόμενη ($n = 75$) ομάδα. Οι συμμετέχοντες της παρέμβασης τυχαιοποιήθηκαν σε χαμηλής έντασης ($n = 44$, 60% -65% VO_{2peak} , 50% -65% της μέγιστης μία επανάληψη [1RM]) ή υψηλής έντασης ($n = 40$, 75% -80% VO_{2peak} , 65% -80% 1RM) ομάδες άσκησης. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου συνέχισαν τη συνήθη ρουτίνα. Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν 1 έως 10 εβδομάδες. Οι ομάδες παρέμβασης επανεκτιμήθηκαν σε τέσσερις μήνες μετά την επέμβαση για την αιεφορία.

Κύριες μεταβλητές

ΕΡΕΥΝΑ:

VO_{2peak} και αυτο-αναφερόμενη σωματική δραστηριότητα.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Οι ομάδες παρέμβασης βελτίωσαν την VO_{2peak} παρόμοια ($p = 0,083$), και οι δύο πάνω από την ελεγχόμενη ($p < 0,001$). Η ομάδα υψηλής έντασης διατηρεί τη VO_{2peak} κατά την παρακολούθηση, ενώ η ομάδα χαμηλής έντασης υποχώρησε ($p = 0,021$). Η ομάδα χαμηλής έντασης ελάχιστα άλλαξε από την έναρξη έως την παρακολούθηση από 0,5 ml / kg ανά λεπτό, ενώ η ομάδα υψηλής έντασης βελτιώθηκε σημαντικά κατά 2,2 ml / kg ανά λεπτό ($p = 0.01$). Οι ομάδες παρέμβασης αναφέρουν πάντα παρόμοια επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η άσκηση ανώτατης έντασης παρέχει πιο βιώσιμα καρδιοαναπνευστικά οφέλη από την άσκηση χαμηλότερης έντασης.

3) 2012 Nov;39(6):568-77. doi: 10.1188/12.ONF.568-577.

Wyatt G., Sikorskii A., Rahbar MH., et al.

Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer.

Abstract**PURPOSE/OBJECTIVES:**

To evaluate the safety and efficacy of reflexology, a complementary therapy that applies pressure to specific areas of the feet.

DESIGN:

Longitudinal, randomized clinical trial.

SETTING:

Thirteen community-based medical oncology clinics across the midwestern United States.

SAMPLE:

A convenience sample of 385 predominantly Caucasian women with advanced-stage breast cancer receiving chemotherapy and/or hormonal therapy.

METHODS:

Following the baseline interview, women were randomized into three primary groups: reflexology (n = 95), lay foot manipulation (LFM) (n = 95), or conventional care (n = 96). Two preliminary reflexology (n = 51) and LFM (n = 48) test groups were used to establish the protocols. Participants were interviewed again postintervention at study weeks 5 and 11.

MAIN RESEARCH VARIABLES:

Breast cancer-specific health-related quality of life (HRQOL), physical functioning, and symptoms.

FINDINGS:

No adverse events were reported. A longitudinal comparison revealed significant improvements in physical functioning for the reflexology group compared to the control group (p = 0.04). Severity of dyspnea was reduced in the reflexology group compared to the control group (p < 0.01) and the LFM group (p = 0.02). No differences were found on breast cancer-specific HRQOL, depressive symptomatology, state anxiety, pain, and nausea.

CONCLUSIONS:

Reflexology may be added to existing evidence-based supportive care to improve HRQOL for patients with advanced-stage breast cancer during chemotherapy and/or hormonal therapy.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**Περίληψη****ΣΚΟΠΟΣ / ΣΤΟΧΟΙ:**

Να αξιολογηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της ρεφλεξολογίας, μια συμπληρωματική θεραπεία που εφαρμόζει πίεση σε συγκεκριμένες περιοχές των ποδιών.

ΣΧΕΔΙΟ:

Διαμήκης, τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή.

ΡΥΘΜΙΣΗ:

Δεκατρείς κοινότητες που βασίζονται σε κλινικές ιατρικής ογκολογίας σε όλη τις μεσοδυτικές Ηνωμένες Πολιτείες.

ΔΕΙΓΜΑ:

Ένα εύκολο δείγμα 385 κυρίως Καυκάσιες γυναίκες με προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού που λαμβάνουν χημειοθεραπεία ή / και ορμονοθεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μετά από τη βασική γραμμή της συνέντευξης, οι γυναίκες χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις κύριες ομάδες: ρεφλεξολογίας (n = 95), καθορίζουν τις πράξεις χειραγώγησης του ποδιού (LFM) (n = 95), ή συμβατική φροντίδα (n = 96). Δύο προκαταρκτικές ομάδες ρεφλεξολογίας (n = 51) και LFM (n = 48) δοκιμής που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό των πρωτοκόλλων. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν και πάλι μετά την παρέμβαση σε εβδομάδες μελέτης 5 και 11.

κύριες μεταβλητές**ΕΡΕΥΝΑ:**

Ειδική για τον καρκίνο του μαστού ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ), σωματική λειτουργία, και τα συμπτώματα που σχετίζονται με την υγεία.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Μια διαμήκης σύγκριση αποκάλυψε σημαντικές βελτιώσεις στη φυσική λειτουργία για την ομάδα ρεφλεξολογίας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p = 0.04$). Η σοβαρότητα της δύσπνοιας μειώθηκε στην ομάδα ρεφλεξολογία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0,01$) και στην ομάδα LFM ($p = 0.02$). Δεν βρέθηκαν διαφορές σε καρκίνο του μαστού-ειδική HRQOL, καταθλιπτική συμπτωματολογία, την κατάσταση του άγχους, του πόνου, και ναυτία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Ρεφλεξολογία μπορεί να προστεθεί στην υπάρχουσα υποστηρικτική φροντίδα βάσει στοιχείων για τη βελτίωση της HRQOL για ασθενείς με καρκίνο του μαστού προχωρημένου σταδίου κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή / και ορμονοθεραπεία.

4) 2015 Dec;45(12):1146-53. doi: 10.1093/jjco/hyv155. Epub 2015 Oct 20.

Sekiguchi K., Ogita M., Akahane K., et al.

Randomized, prospective assessment of moisturizer efficacy for the treatment of radiation dermatitis following radiotherapy after breast-conserving surgery.

Abstract

OBJECTIVE:

The effect of heparinoid moisturizer use after acute skin damage for patients receiving whole-breast radiotherapy after lumpectomy is understudied.

METHODS:

A total of 30 patients were randomly assigned to receive heparinoid moisturizer (Group M), and 32 patients comprised the control group (Group C). Patients in Group M were instructed to apply heparinoid moisturizer from 2 weeks following whole-breast radiotherapy, and to continue to use the moisturizer until 3 months after completion of whole-breast radiotherapy. Group C patients were instructed to not apply any topical moisturizer during the study period. The relative ratio of skin water content ratio ($RWCR(t) = (It/Nt)/(I0/N0)$) between irradiated and non-irradiated field was calculated.

Signs and symptoms were also assessed. The primary endpoint was the difference in relative ratio of skin water content ratio between 2 and 4 weeks following whole-breast radiotherapy.

RESULTS:

In Group C, relative ratio of skin water content ratio dropped to 0.80 ± 0.15 at 2 weeks and maintained the low level at 4 weeks following whole-breast radiotherapy. Similarly, in Group M, relative ratio of skin water content ratio dropped to 0.81 ± 0.19 at 2 weeks (prior to application), however, it returned to baseline level (1.05 ± 0.23) at 4 weeks (2 weeks after application). The arithmetic difference of relative ratio of skin water content ratio in Group M was 0.24 ± 0.23 and was significantly larger than in Group C (0.06 ± 0.15 ; $P < 0.01$). Skin dryness and desquamation were less severe in Group M.

CONCLUSIONS:

The application of heparinoid moisturizer for 2 weeks following whole-breast radiotherapy significantly increased water content and helped improve skin dryness and desquamation compared with no use of moisturizer.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**ΣΚΟΠΟΣ:**

Η επίδραση της χρήσης ηπαρινοειδές ενυδατικής κρέμας μετά από οξεία βλάβη του δέρματος για ασθενείς που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο μαστού μετά από ογκεκτομή είναι μελετημένη.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Συνολικά 30 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ηπαρινοειδές ενυδατική κρέμα (ομάδα Μ), και 32 ασθενείς αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου (ομάδα Γ). Οι ασθενείς στην ομάδα Μ έλαβαν οδηγίες να εφαρμόσουν ηπαρινοειδές ενυδατική κρέμα από 2 εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο το στήθος, και να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν την ενυδατική κρέμα μέχρι 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας του πλήρους μαστού. Οι ασθενείς της ομάδας Γ έλαβαν οδηγίες να μην εφαρμόσουν καμία τοπική ενυδατική κρέμα κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης. Η σχετική αναλογία περιεκτικότητας του δέρματος σε νερό ($RWCR(t) = (It / Nt) / (I0 /$

N0)) μεταξύ ακτινοβολημένων και μη ακτινοβολημένων τομέων υπολογίζονται. Τα σημεία και συμπτώματα αξιολογήθηκαν επίσης. Το πρωτεύον τελικό σημείο ήταν η διαφορά στην σχετικής αναλογίας του δείκτη περιεκτικότητας σε νερό του δέρματος μεταξύ 2 και 4 εβδομάδες μετά από ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο το στήθος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Στην Ομάδα C, η σχετική αναλογία του δείκτη περιεκτικότητας σε νερό του δέρματος μειώθηκε σε $0,80 \pm 0,15$ σε 2 εβδομάδες και διατηρείται το χαμηλό επίπεδο σε 4 εβδομάδες μετά την ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο το στήθος. Ομοίως, στην ομάδα M, η σχετική αναλογία του δείκτη περιεκτικότητας σε νερό του δέρματος μειώθηκε σε $0,81 \pm 0,19$ σε 2 εβδομάδες (πριν από την εφαρμογή), ωστόσο, επέστρεψε στο επίπεδο αναφοράς ($1,05 \pm 0,23$) σε 4 εβδομάδες (2 εβδομάδες μετά την εφαρμογή). Η αριθμητική διαφορά της σχετικής αναλογίας αναλογία περιεκτικότητας σε νερό του δέρματος στην ομάδα M ήταν $0,24 \pm 0,23$ και ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από ό, τι στην ομάδα C ($0,06 \pm 0,15$? $P < 0.01$). Ξηρότητα του δέρματος και απολέπιση ήταν λιγότερο σοβαρή στην ομάδα M

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η εφαρμογή των ηπαρινοειδές ενυδατική κρέμα για 2 εβδομάδες μετά από ακτινοθεραπεία σε ολόκληρο μαστού αυξήθηκε σημαντικά η περιεκτικότητα σε νερό και βοήθησε να βελτιώσει την ξηρότητα του δέρματος και απολέπιση σε σύγκριση με τη μη χρήση της ενυδατικής κρέμας.

5) 2015 Sep;158(3):669-75. doi: 10.1016/j.surg.2015.03.056. Epub 2015 May 29.

Ulloa JG., Hemmelgarn M., Viveros L., et al.

Improving breast cancer survivors' knowledge using a patient-centered intervention.

Abstract

BACKGROUND:

Low-income, minority women with breast cancer experience a range of barriers to receiving survivorship information. Our objective was to test a novel, patient-centered intervention aimed at improving communication about survivorship care.

METHODS:

We developed a wallet card to provide oncologic and follow-up care survivorship information to breast cancer patients. We used a prospective, pre-post design to assess the intervention at a safety net hospital. The intervention was given by a patient navigator or community health worker.

RESULTS:

Patient knowledge (n = 130) of personal cancer history improved from baseline pretest to 1 week after the intervention for stage (66-93%; $P < .05$), treatment (79-92%; $P < .05$), and symptoms of recurrence (48-89%; $P < .05$), which was retained at 3 months. The intervention reduced the number of patients who were unsure when their mammogram was due (15-5% at 1 week

and 6% at 3 months; $P < .05$). Nearly 90% reported they would be likely to share their survivorship card with their providers.

CONCLUSION:

A patient-centered survivorship card improved short-term recall of key survivorship care knowledge and seems to be effective at reducing communication barriers for this population. Further studies are warranted to assess long-term retention and the impact on receipt of appropriate survivorship follow-up care.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Χαμηλό εισόδημα, των μειονοτικών γυναικών με καρκίνο του μαστού βιώνουν μια σειρά από εμπόδια για τη λήψη πληροφοριών επιβίωση. Ο στόχος μας ήταν να δοκιμαστεί ένα μυθιστόρημα, με επίκεντρο τον ασθενή παρέμβαση με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας σχετικά με τη φροντίδα επιβίωση.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Έχουμε αναπτύξει μια κάρτα πορτοφόλι για την παροχή ογκολογικών και την παρακολούθηση των πληροφοριών για την επιβίωση και φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιήσαμε μια προοπτική, προ-post σχεδιασμός για την αξιολόγηση της παρέμβασης σε ένα δίκτυ ασφαλείας του νοσοκομείου. Η παρέμβαση δόθηκε από έναν πλοηγό ή την κοινότητα των εργαζομένων για την υγεία των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Γνώση των ασθενών ($n = 130$) της προσωπικής ιστορίας του καρκίνου βελτιώθηκε από την αρχική τιμή προμέτρησης έως 1 εβδομάδα μετά την παρέμβαση για τη φάση (66-93%? $P < 0,05$), επεξεργασία (79-92%? $P < 0,05$), και συμπτώματα υποτροπής (48 έως 89%? $P < 0,05$), το οποίο διατηρήθηκε στους 3 μήνες. Η παρέμβαση μείωσε τον αριθμό των ασθενών που ήταν σίγουροι όταν μαστογραφία τους οφειλόταν (15-5% σε 1 εβδομάδα και 6% σε 3 μήνες? $P < 0,05$). Σχεδόν το 90% ανέφεραν ότι θα ήταν πιθανό να μοιραστούν την κάρτα επιβίωση τους με τους παρόχους τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Μια κάρτα επιβίωσης με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να βελτιώσει την βραχυπρόθεσμα ανάκληση των βασικών γνώσεων για τη φροντίδα και επιβίωση και φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση των εμποδίων επικοινωνίας για αυτόν τον πληθυσμό. Περαιτέρω μελέτες δικαιολογείται να αξιολογήσει τη μακροπρόθεσμη διατήρηση και την επίπτωση από την παραλαβή της κατάλληλης φροντίδας παρακολούθηση επιβίωση.

6) 2013 May;22(5):756-64. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-1325.

Smith AJ., Phipps WR., Thomas W., et al.

The effects of aerobic exercise on estrogen metabolism in healthy premenopausal women.

Abstract**BACKGROUND:**

It is well accepted that exercise can decrease breast cancer risk. Limited clinical evidence suggests that this risk could be mediated through changes in estrogen metabolism in premenopausal women. Our objective was to investigate the effects of exercise on premenopausal estrogen metabolism pertinent to breast cancer risk.

METHODS:

Sedentary, healthy, young eumenorrheic women were randomized into an intervention of 30 minutes of moderate-to-vigorous aerobic exercise five times a week for approximately 16 weeks (n = 212), or into a usual-lifestyle sedentary control group (n = 179). Urinary levels of estrogens [estrone [E1], estradiol, and estriol] and nine estrogen metabolites were measured at baseline and at study end by liquid chromatography/tandem mass spectrometry. The ratios of 2-hydroxyestrone to 16 α -hydroxyestrone (2-OHE1/16 α -OHE1) and 2-OHE1 to 4-hydroxyestrone (2-OHE1/4-OHE1) were also calculated.

RESULTS:

The exercise intervention resulted in significant increases in aerobic fitness and lean body mass and a significant decrease in percent body fat. For exercisers who completed the study (n = 165), 2-OHE1/16 α -OHE1 increased significantly (P = 0.043), whereas E1 decreased significantly (P = 0.030) in control participants (n = 153). The change from baseline in 2-OHE1/16 α -OHE1 was significantly different between groups (P = 0.045), even after adjustment for baseline values.

CONCLUSIONS:

The exercise intervention resulted in a significant increase in the 2-OHE1/16 α -OHE1 ratio but no differences in other estrogen metabolites or ratios.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**Αφηρημένο****ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Περιορισμένα κλινικά στοιχεία δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτός θα μπορούσε να διαμεσολαβείται μέσω αλλαγών στον μεταβολισμό των οιστρογόνων σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Στόχος μας ήταν να διερευνήσει τις επιδράσεις της άσκησης σε προεμμηνοπαυσιακές μεταβολισμούς των οιστρογόνων είναι σχετικές με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Καθιστική ζωή, υγιείς, νεαρούς, αμηνορροιακές γυναίκες τυχαιοποιήθηκαν σε μια παρέμβαση των 30 λεπτών μέτριας έως έντονης αερόβιας άσκησης πέντε φορές την εβδομάδα για περίπου 16 εβδομάδες (n = 212), ή μέσα σε ένα σύνηθες-τρόπου ζωής ομάδα καθιστική ελέγχου (n = 179). Επίπεδα ακράτειας οιστρογόνων [οιστρόνη [E1], η οιστραδιόλη και η οιστριόλη] και

εννέα μεταβολιτών οιστρογόνων μετρήθηκαν κατά την έναρξη και στο τέλος της μελέτης με φασματομετρία μάζας υγρής χρωματογραφίας / tandem. Οι αναλογίες του 2-hydroxyestrone σε 16α--υδροξυεστρόνη (2-OHE1 / 16α-OHE1) και 2-OHE1 4--υδροξυεστρόνη (2 OHE1 / 4-OHE1) υπολογίστηκε επίσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η παρέμβαση άσκησης οδήγησε σε σημαντικές αυξήσεις στην αερόβια ικανότητα και άλιπης μάζας σώματος και μια σημαντική μείωση στο ποσοστό σωματικού λίπους. Για αθλούμενους που ολοκλήρωσαν τη μελέτη (n = 165), 2-OHE1 / 16α-OHE1 αυξήθηκε σημαντικά (P = 0,043), ενώ E1 μειώθηκε σημαντικά (P = 0,030) στην ομάδα ελέγχου (n = 153). Η αλλαγή από την αρχική τιμή 2-OHE1 / 16α-OHE1 ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ομάδων (P = 0,045), ακόμα και μετά την προσαρμογή για αρχικές τιμές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η παρέμβαση άσκησης οδήγησε σε σημαντική αύξηση στην αναλογία 2-OHE1 / 16α-OHE1 αλλά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές σε άλλους μεταβολίτες οιστρογόνων ή αναλογίες.

7) 2015 Jul 23;373(4):307-16. doi: 10.1056/NEJMoa1415340.

Whelan TJ., Olivotto IA., Parulekar WR., et al.

Regional Nodal Irradiation in Early-Stage Breast Cancer.

Abstract

BACKGROUND:

Most women with breast cancer who undergo breast-conserving surgery receive whole-breast irradiation. We examined whether the addition of regional nodal irradiation to whole-breast irradiation improved outcomes.

METHODS:

We randomly assigned women with node-positive or high-risk node-negative breast cancer who were treated with breast-conserving surgery and adjuvant systemic therapy to undergo either whole-breast irradiation plus regional nodal irradiation (including internal mammary, supraclavicular, and axillary lymph nodes) (nodal-irradiation group) or whole-breast irradiation alone (control group). The primary outcome was overall survival. Secondary outcomes were disease-free survival, isolated locoregional disease-free survival, and distant disease-free survival.

RESULTS:

Between March 2000 and February 2007, a total of 1832 women were assigned to the nodal-irradiation group or the control group (916 women in each group). The median follow-up was 9.5 years. At the 10-year follow-up, there was no significant between-group difference in survival, with a rate of 82.8% in the nodal-irradiation group and 81.8% in the control group (hazard ratio, 0.91; 95% confidence interval [CI], 0.72 to 1.13; P=0.38). The rates of disease-free survival were 82.0% in the nodal-irradiation

group and 77.0% in the control group (hazard ratio, 0.76; 95% CI, 0.61 to 0.94; P=0.01). Patients in the nodal-irradiation group had higher rates of grade 2 or greater acute pneumonitis (1.2% vs. 0.2%, P=0.01) and lymphedema (8.4% vs. 4.5%, P=0.001).

CONCLUSIONS:

Among women with node-positive or high-risk node-negative breast cancer, the addition of regional nodal irradiation to whole-breast irradiation did not improve overall survival but reduced the rate of breast-cancer recurrence.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Αφηρημένο

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού λαμβάνουν ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού. Εξετάσαμε αν η προσθήκη των περιφερειακών κόμβων ακτινοβολίας σε ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού βελτίωση των αποτελεσμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Εμείς τυχαία αναθέσαμε σε γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες ή αρνητικούς λεμφαδένες καρκίνο του μαστού υψηλού κινδύνου οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία με χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού και επικουρική συστηματική θεραπεία να υποβληθούν είτε ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού καθώς και περιφερειακά κομβικά ακτινοβολία (συμπεριλαμβανομένου του εσωτερικού του μαστού, υπερκλειδίους, και μασχαλιαίους λεμφαδένες) (ομάδα κομβικό-ακτινοβολία) ή ακτινοβολία ολόκληρου του μαστού μόνο (ομάδα ελέγχου). Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η συνολική επιβίωση. Δευτερογενή αποτελέσματα ήταν ελεύθερη- νόσου επιβίωση, απομονωμένες τοποπεριοχικές ελεύθερη νόσου επιβίωση και μακρινό ελεύθερη νόσου επιβίωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Μεταξύ Μαρτίου 2000 και Φεβρουάριου του 2007, συνολικά 1832 γυναίκες είχαν ανατεθεί στην ομάδα κομβικό-ακτινοβολίας ή της ομάδας ελέγχου (916 γυναίκες σε κάθε ομάδα). Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 9,5 έτη. Στο 10-ετών παρακολούθησης, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων στην επιβίωση, με ποσοστό 82,8% στην ομάδα κομβικό-ακτινοβολία και 81,8% στην ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου, 0,91? 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI], 0,72 - 1,13? P = 0,38). Τα ποσοστά επιβίωσης ελεύθερης νόσου ήταν 82,0% στην ομάδα κομβικό-ακτινοβολίας και 77,0% στην ομάδα ελέγχου (αναλογία κινδύνου, 0,76? 95% CI, 0,61 - 0,94? P = 0,01). Οι ασθενείς στην ομάδα κομβικό-ακτινοβολία είχαν υψηλότερα ποσοστά βαθμού 2 ή μεγαλύτερη οξεία πνευμονίτιδα (1,2% έναντι 0,2%, P = 0,01) και λεμφοίδημα (8,4% έναντι 4,5%, P = 0,001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Μεταξύ των γυναικών με θετικούς λεμφαδένες ή υψηλού κινδύνου αρνητικούς λεμφαδένες καρκίνου του μαστού, η προσθήκη περιφερειακών κομβικών

ακτινοβολιών σε ακτινοβόληση ολόκληρου του μαστού δεν βελτιώνουν τη συνολική επιβίωση, αλλά μείωσε το ποσοστό υποτροπής καρκίνου του μαστού.

8) 2014 Jul 22;20:1267-73. doi: 10.12659/MSM.890575.

Li XJ., Dai ZY., Zhu BY., et al.

Effects of sertraline on executive function and quality of life in patients with advanced cancer.

Abstract

BACKGROUND:

The aim of this study was to investigate effects of the antidepressant sertraline on executive function and quality of life in patients with advanced cancer.

MATERIAL/METHODS:

We assigned 122 patients with stage III or IV cancer to the depressed group (DG, n=86) or the non-depressed group (NG, n=36). All subjects were given supportive treatment and patients in the DG received additional antidepressant treatment.

RESULTS:

There were significant differences in total scores of the Hamilton anxiety scale (HAMA) and the Hamilton depression scale (HAMD), performance in the Wisconsin card sorting test, and SF-36 domains. After antidepressant treatment, the level of depression and anxiety decreased significantly in the DG, but was still significantly higher than in the NG. Low executive function was enhanced in the DG, but a worsening executive function was found in total errors in the NG (-2.3 ± 3.8) ($P < 0.05$). The dimensions of SF-36 in physical functioning (PF), role limitations-physical (RP), bodily pain (BP), general health (GH), vitality (VT), social functioning (SF), role limitations-emotional (RE), and mental health (MH) were decreased significantly at baseline in the DG compared to the NG ($P < 0.01$). After 12-week Sertraline treatment, improvement in the DG in factors VT, SF, RE, and MH were more powerful than in the NG ($P < 0.05$). HAMA, HAMD, and VAS scores and tumor stage were significantly correlated to any one dimension of quality of life.

CONCLUSIONS:

Depression is an important cause of decreased quality of life and executive function in patients with advanced cancer. The antidepressant sertraline can improve the executive function and quality of life, which may be helpful in the clinical practice of cancer treatment.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΑΦΗΡΗΜΕΝΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αποτελεσμάτων Του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου σερτραλίνη στην εκτελεστική λειτουργία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο.

ΥΛΙΚΟ / ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αναθέσαμε σε 122 ασθενείς με σταδίου III ή IV του καρκίνου με την κατάθλιψη ομάδα (ΓΔ, n = 86) ή η ομάδα των μη αντικαταθλιπτικών(NG, n = 36). Όλα τα άτομα έλαβαν υποστηρικτική θεραπεία και οι ασθενείς στη ΓΔ έλαβαν επιπλέον θεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Hamilton άγχος (HAMA) και την κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (HAMD), οι επιδόσεις στο τεστ Wisconsin ταξινόμησης καρτών, και SF-36 τομείς. Μετά από θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, το επίπεδο της κατάθλιψης και του άγχους μειώθηκε σημαντικά το ΓΔ, αλλά εξακολουθεί να είναι σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με το φυσικό αέριο. Χαμηλή εκτελεστική λειτουργία ενισχύθηκε στο ΓΔ, αλλά μια επιδείνωση της εκτελεστικής λειτουργίας βρέθηκε συνολικά σφάλματα στο NG (-2,3 ± 3,8) (P <0,05). Οι διαστάσεις του SF-36 στη φυσική λειτουργία (PF), οι περιορισμοί-φυσική ρόλο (RP), σωματικός πόνος (BP), τη γενική υγεία (GH), τη ζωτικότητα (VT), την κοινωνική λειτουργία (SF), οι περιορισμοί-συναισθηματική ρόλο (RE), και την ψυχική υγεία (MH) μειώθηκαν σημαντικά κατά την έναρξη της ΓΔ σε σχέση με το φυσικό αέριο (P <0,01). Μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας με σερτραλίνη, βελτίωση του ΓΔ σε παράγοντες VT, SF, RE, και MH ήταν πιο ισχυρή από ό, τι στο NG (P <0,05). HAMA, HAMD, και VAS σκορ και το στάδιο του όγκου συσχετίζονταν σημαντικά με μία οποιαδήποτε διάσταση της ποιότητας ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η κατάθλιψη είναι μια σημαντική αιτία της μειωμένης ποιότητας ζωής και της εκτελεστικής λειτουργίας σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Η αντικαταθλιπτική σερτραλίνη μπορεί να βελτιώσει την εκτελεστική λειτουργία και την ποιότητα ζωής, το οποίο μπορεί να είναι χρήσιμο στην κλινική πρακτική της θεραπείας του καρκίνου.

9) 2014 May;76(4):252-6. doi: 10.1097/PSY.0000000000000060.

Wu SM., Yang HC., Thayer JF., et al.

Association of the physiological stress response with depressive symptoms in patients with breast cancer.**Abstract****OBJECTIVE:**

The literature on the relationship of depressive symptoms and stress hormones after cancer diagnosis has been mixed, with some studies showing a relationship and other studies showing none. Time since diagnosis may explain these contradictory findings.

This study examined the relationship of depressive symptoms to stress hormones in patients with breast cancer using 12-month longitudinal data.

METHODS:

Patients with Stage II or III breast cancer (n = 227) were assessed every 4 months from diagnosis/surgery to 12 months. They completed the Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Iowa Short Form and the Perceived Stress Scale and blood samples were obtained to measure stress hormones (i.e., cortisol, adrenocorticotropin hormone, norepinephrine, and epinephrine).

RESULTS:

Depressive symptoms were negatively related to cortisol levels ($\beta = -0.023$, $p = .002$) but were positively related to rate of change in cortisol ($\beta = 0.003$, $p = .003$). Adrenocorticotropin hormone, epinephrine, and norepinephrine did not covary with depressive symptoms (all p values > .05). When the CES-D and Perceived Stress Scale were both used to predict cortisol, only the CES-D was significantly related ($\beta = -0.025$, $p = .017$).

CONCLUSIONS:

Depressive symptoms were negatively related to cortisol, but this relationship changed from the time of diagnosis/surgery through 12 months. Cortisol may initially provide a buffering effect against depression during the stress of initial diagnosis and treatment, but this relationship seems to change over time.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΑΦΗΡΗΜΕΝΟ

ΣΚΟΠΟΣ:

Η βιβλιογραφία είναι σχετικά με τη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των ορμονών του στρες μετά από τη διάγνωση του καρκίνου που έχει αναμιχθεί, με μερικές μελέτες δείχνουν μια σχέση και άλλες μελέτες που δεν δείχνουν καμία. Καμιά φορά από τη διάγνωση μπορεί να εξηγηθούν αυτά τα αντιφατικά ευρήματα. Αυτή η μελέτη εξέτασε τη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ορμόνες του στρες σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού χρησιμοποιώντας διαμήκη στοιχεία 12 μηνών.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι ασθενείς με σταδίου II ή III καρκίνο του μαστού (n = 227) αξιολογήθηκαν κάθε 4 μήνες από τη διάγνωση / χειρουργική επέμβαση σε 12 μήνες. Έχουν ολοκληρωθεί τα Κέντρα Επιδημιολογικές μελέτες Κλίμακα Κατάθλιψης (CES-D) Αιόβα σε έντυπο συνοπτικής και την αντιληπτή κλίμακα στρες και ελήφθησαν δείγματα αίματος για τη μέτρηση ορμονών του στρες (δηλαδή, της κορτιζόλης, της ορμόνης αδρενοκορτικοτροπίνη, νορεπινεφρίνη και επινεφρίνη).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα της κορτιζόλης ($\beta = -0,023$, $p = 0,002$), αλλά ήταν θετικά με την ταχύτητα μεταβολής της κορτιζόλης ($\beta = 0,003$, $p = 0,003$). Αδρενοκορτικοτροπίνης ορμόνη, επινεφρίνη, νορεπινεφρίνη και

δεν συµμεταβάλλονται µε καταθλιπτικά συµπτώµατα (όλες οι τιµές $\rho > 0,05$). Όταν η CES-D και Αντιληπτή Κλίµακα άγχος και οι δύο χρησιµοποιούνται για την πρόβλεψη της κορτιζόλης, µόνο η CES-D ήταν σηµαντικά σχετικά ($\beta = -0,025$, $p = 0,017$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα καταθλιπτικά συµπτώµατα ήταν αρνητικά µε την κορτιζόλη, αλλά η σχέση αυτή άλλαξε από τη στιγµή της διάγνωσης / χειρουργική επέµβαση µέσα από 12 µήνες. Η κορτιζόλη µπορεί αρχικά να παρέχει ένα ρυθµιστικό αποτέλεσµα έναντι κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του στρες από την αρχική διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά αυτή η σχέση φαίνεται να αλλάζει µε το χρόνο.

10) 2013 May;22(5):773-81. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0983. Epub 2013 Mar 1.

Phillips SM., McAuley E.

Physical activity and fatigue in breast cancer survivors: a panel model examining the role of self-efficacy and depression.

Abstract

BACKGROUND:

Physical activity is associated with reductions in fatigue in breast cancer survivors. However, mechanisms underlying this relationship are not well-understood. The purpose of this study was to longitudinally test a model examining the role of self-efficacy and depression as potential mediators of the relationship between physical activity and fatigue in a sample of breast cancer survivors using both self-report and objective measures of physical activity.

METHODS:

All participants (N = 1,527) completed self-report measures of physical activity, self-efficacy, depression, and fatigue at baseline and 6 months. A subsample was randomly selected to wear an accelerometer at both time points. It was hypothesized that physical activity indirectly influences fatigue via self-efficacy and depression. Relationships among model constructs were examined over the 6-month period using panel analysis within a covariance modeling framework.

RESULTS:

The hypothesized model provided a good model-data fit ($\chi(2) = 599.66$, $df = 105$, $P \leq 0.001$; CFI = 0.96; SRMR = 0.02) in the full sample when controlling for covariates. At baseline, physical activity indirectly influenced fatigue via self-efficacy and depression. These relationships were also supported across time. In addition, the majority of the hypothesized relationships were supported in the subsample with accelerometer data ($\chi(2) = 387.48$, $df = 147$, $P \leq 0.001$, CFI = 0.94, SRMR = 0.04).

CONCLUSIONS:

This study provides evidence to suggest the relationship between physical activity and fatigue in breast cancer survivors may be mediated by more proximal, modifiable outcomes of physical activity participation.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**ΑΦΗΡΗΜΕΝΟ****ΦΟΝΤΟ:**

Η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με μείωση της κόπωσης σε επιζώντες του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο, οι μηχανισμοί που διέπουν τη σχέση αυτή δεν είναι καλά κατανοητή. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να μήκος δοκιμάσει ένα μοντέλο που εξετάζει το ρόλο της αυτο-αποτελεσματικότητας και την κατάθλιψη ως πιθανοί μεσολαβητές της σχέσης μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και την κούραση σε ένα δείγμα των επιζώντων του καρκίνου του μαστού με τη χρήση τόσο αυτο-έκθεσης και αντικειμενικές μετρήσεις της σωματικής δραστηριότητας.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Όλοι οι συμμετέχοντες (N = 1.527) ολοκλήρωσαν μέτρα αυτοαναφοράς της φυσικής δραστηριότητας, αυτο-αποτελεσματικότητας, την κατάθλιψη και την κόπωση κατά την έναρξη και 6 μήνες. Ένα επιμέρους δείγμα επιλέχθηκε τυχαία για να φορέσει ένα επιταχυνσιόμετρο και στα δύο χρονικά σημεία. Υποτέθηκε ότι η σωματική δραστηριότητα επηρεάζει έμμεσα την κούραση μέσω αυτο-αποτελεσματικότητας και την κατάθλιψη. Οι σχέσεις μεταξύ μοντέλο κατασκευές εξετάστηκαν κατά τη διάρκεια 6 μηνών, χρησιμοποιώντας την ανάλυση του πίνακα μέσα σε ένα πλαίσιο συνδιακύμανσης μοντελοποίησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το πρότυπο υπόθεσης παρέχεται μια καλή τακτοποίηση μοντέλο δεδομένων ($\chi^2(2) = 599.66, df = 105, p \leq 0.001, CFI = 0,96, SRMR = 0.02$) στο πλήρες δείγμα κατά τον έλεγχο για συμπαραγοντες. Κατά την έναρξη, τη σωματική δραστηριότητα επηρεάζεται έμμεσα κόπωση μέσω της αυτο-αποτελεσματικότητας και την κατάθλιψη. Αυτές οι σχέσεις επίσης υποστηρίζονταν σε όλη την ώρα. Επιπλέον, η πλειονότητα των υποθετικών σχέσεων υποστηρίχθηκαν στο επιμέρους δείγμα με δεδομένα το επιταχυνσιόμετρο ($\chi^2(2) = 387.48, df = 147, P \leq 0,001, CFI = 0,94, SRMR = 0.04$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αυτή η μελέτη παρέχει στοιχεία που να αποδεικνύουν τη σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και την κούραση σε επιζώντες του καρκίνου του μαστού μπορεί να προκαλείται από περισσότερα εγγύς, τροποποιήσιμα αποτελέσματα της συμμετοχής της σωματικής δραστηριότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Moulin D. (2013, p. 124) A short history of of breast cancer , Springer.
2. Hajdu SI., et al. (2011) A note from history: landmarks in history cancer, part I.
3. Astley Cooper, (2010) The Anatomy and Diseases of the Breast, General Books.
4. Mc Geown JG. (2008). Συνοπτική φυσιολογία του Ανθρώπου. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Μολυβδάς Π., Γουργουλιάκης Κ., Χατζηευθυμίου Α.. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
5. Poggi MM., Harney KF. (2008) The Breast. Current Obstetric & Gynecologic & Treatment, New York: Lange Medical Books.
6. Symonds EM., Symonds IM. (2008) Essential Obstetrics and Gynaecology., Edinburgh: Churchill Livingstone.
7. Dr Buckman R., Dr Whittaker T. (2009). Καρκίνος μαστού και όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε. Αθήνα: Χρυσή Πέννα.
8. Decherney Alan H., Lauren N.(2010) Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική γυναικολογία. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Μαμόπουλος Μ. Α., Ρούσσοι Δ. Χ. Θεσσαλονίκη: Ιατρικές και επιστημονικές εκδόσεις.
9. Wymelenberg S. (2009). Καρκίνος του μαστού. Πρόληψη και Θεραπεία. Μετάφραση από Μπουλάς Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
10. Henry MM., Thompson JN. (2008). Κλινική Χειρουργική. Μετάφραση: Κωστάκης Α. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
11. Becker S., Choti M. (2009). Breast Disease in " The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: Lippincott W. and Willking.
12. Charles, Griggs, Loscalzo (2011). " Βασική Παθολογία ". Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας.
13. Roisman I., Lifshitz I.(2008). Alcohol: A risk factor for breast cancer.

14. Smith RA., Cokkinides V., Eyre HJ.(2008). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer.
15. Lewin JM (2009) Digital mammography. In advanced therapy of breast disease, 2nd p.213-222., London: BC Decker Inc. Hamilton.
16. Stergiopoulou A. & Vlachos G., 2010. The Preoperative Education Effect on the Reduction of Patient Anxiety.
17. Perez A. et al., 2011. Value of routine preoperative tests: A multicenter study in four general hospitals. p. 250-256.
18. Roles of perioperative nurse, 2010.
19. Bricharnt JF., 2012. Preoperative evaluation and preparation: What is important. p. 41-46.
20. Sarvis C., 2010. Postoperative wound care. Nursing. p. 56-57.
21. Keller M., Fall P.(2009). Optimizing Quality of Life. Supplements 105:9-15.
22. Camporeale J. (2012) Basics of radiation Treatment. Clin J Oncol Nurs.
23. American Cancer Society.(2011). Radiation Therapy. What Is, What It helps.
24. Lev El., Eller ES., Gejerman G., et.al.(2010). Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months.
25. Oncology Nursing Society. (2011). Research agenda.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. `` Χειρουργική Παθολογία ``. Ιατρικές Εκδόσεις : Πασχαλίδης.
2. Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ. (2009). `` Περιεγχειρητική Νοσηλευτική ``. Αθήνα.
3. Μαρκόπουλος Χ. (2010). Καρκίνος του μαστού: Πρόληψη και Θεραπεία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
4. Κονιάρη Ε.(2009). Το βιβλίο του μαστού. Αθήνα.
5. Χατζηγεωργίου Κ. (2013). Μαιευτήρας –Χειρουργός Γυναικολόγος, Ιστορία του καρκίνου του μαστού.
6. Μαρκόπουλος Χ.Ι. `` Παθήσεις του μαστού ``. Ιατρικές Εκδόσεις: Πασχαλίδης.
7. Πινακίδης Μ., Μπόντης Λ. `` Καρκίνος του Μαστού ``. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
8. Χαράτση – Γιωτάκη Ε.(2010). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα: Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις.
9. Μαρκόπουλος Ι.Χ. (2010). `` Εγχειρίδιο: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ``. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
10. Καραφυλλίδης Π.Ε.(2013). Διατροφικές Οδηγίες και καρκίνος του μαστού.
11. Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρία.(2012). Διατροφικές οδηγίες και καρκίνος του μαστού.
12. Παπαδοπούλου Δ.(2008). Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
13. Τριανταφυλλίδου, Βιτάλη Ο.(2015). Κληρονομική σχέση μεταξύ των καρκίνων μαστού, μήτρας και ωοθηκών.
14. Κουρούσης Χ. `` Μερικά κρίσιμα ερωτηματικά ``. Newsletter: Τεύχος 1^ο.
15. Μυλωνάκη Δ.(2013). Αυτοεξέταση Μαστού.
16. Ζαφράκας Μ., Αθανασιάδης Α., Τζεβελάκης Φ., κ.ά.(2009). Υπερηχογραφία στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Σελ. 103-110.

17. Κούβαρης Ι.(2009). Γενικές Αρχές στην Κλινική Ογκολογία Ε.ΕΠ.Ο.Ε.
Αθήνα.
18. Τσιρλίαςκος Α.(2010). Χειρουργική. Θεσσαλονίκη.

ΑΡΘΡΑ

1. Travier N., Velthuis MJ., Steins Bisschop CN. et.al. (2015 Jun). 'Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial.
2. Martin EA., Battaglini CL., Hands B., et al. (2015 May) 'Higher-Intensity Exercise Results in More Sustainable Improvements for VO₂peak for Breast and Prostate Cancer Survivors.
3. Wyatt G., Sikorskii A., Rahbar MH., et al. (2012 Nov) 'Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer.
4. Sekiguchi K., Ogita M., Akahane K., et al. (2015 Dec) 'Randomized, prospective assessment of moisturizer efficacy for the treatment of radiation dermatitis following radiotherapy after breast-conserving surgery.
5. Ulloa JG., Hemmelgarn M., Viveros L. et. al. (2015 Sep) 'Improving breast cancer survivors' knowledge using a patient-centered intervention.
6. Smith AJ., Phipps WR., Thomas W. et. al. (2013 May) 'The effects of aerobic exercise on estrogen metabolism in healthy premenopausal women.
7. Whelan TJ., Olivotto IA., Parulekar WR. et. al. (2015 Jul) 'Regional Nodal Irradiation in Early-Stage Breast Cancer.
8. Li XJ., Dai ZY., Zhu BY. et.al. (2014 Jul) 'Effects of sertraline on executive function and quality of life in patients with advanced cancer.

9. Wu SM., Yang HC., Thayer JF. et.al. (2014 May) 'Association of the physiological stress response with depressive symptoms in patients with breast cancer.
10. Phillips SM., McAuley E. (2013 May) 'Physical activity and fatigue in breast cancer survivors: a panel model examining the role of self-efficacy and depression.