



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος

**«Ποιότητα ζωής νέων ενήλικων γυναικών με καρκίνο του μαστού και ο
ρόλος της νοσηλευτικής»**

**Όνοματεπώνυμο Φοιτήτριας
Βερεράκη Μαρία
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια**

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2023

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

- 1. Αγγελάκη Σοφία: Καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας.**
- 2. Στειακάκη Ευτυχία: Καθηγήτρια Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας.**
- 3. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης: Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.**

Βερεράκη Μαρία
ALL RIGHTS RESERVED

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Εργασία εκπονήθηκε κατά το Ακαδημαϊκό Έτος 2022-2023 στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών « Αιματολογία και ογκολογία παιδιών και εφήβων» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη της κ. Αγγελάκης Σοφίας, Καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας με τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής ήταν η κ. Στειακάκη Ευτυχία, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Αιματολογίας- Ογκολογίας και ο κ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρη Επίκουρος Καθηγητής του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Αντικείμενο της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της θεραπευτικής αντιμετώπισης των εφήβων και νεαρών ενήλικων γυναικών με καρκίνο μαστού και του νοσηλευτικού προσωπικού στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Οφείλω να εκφράσω θερμές ευχαριστίες προς την επιβλέποντα της εργασίας, Καθηγήτρια Αγγελάκη Σοφία, για την καθοδήγησή και την πολύτιμη βοήθεια της σε κάθε στάδιο εκπόνησης της εργασίας μου. Επίσης, τους συνεπιβλέποντες καθηγήτρια κ. Στειακάκη Ευτυχία και τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη για τη συνεργασία μας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Προϊσταμένη και το νοσηλευτικό προσωπικό της Παθολογικής Ογκολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης για την υποστήριξη και την βοήθεια τους. Τέλος, θερμά ευχαριστώ την οικογένειά μου, για την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περίληψη	1
Abstract	3
Συνοτομογραφίες	5
1. Κεφάλαιο 1^ο «Καρκίνος σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες».	6
1.1. Εισαγωγή.	6
1.2. Επιβίωση από καρκίνο σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες (AYAs).	6
1.3. Θνησιμότητα από καρκίνο σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες.	7
2. Κεφάλαιο 2^ο «Καρκίνος του μαστού σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες».	8
2.1. Εισαγωγή.	8
2.2. Παράγοντες κινδύνου.	8
2.3. Διαχείριση ασθενών AYAs με καρκίνο μαστού.	9
2.4. Θεραπευτική αγωγή ασθενών AYAs με καρκίνο μαστού.	10
2.4.1. Τοπική θεραπεία στο πρώιμο στάδιο της νόσου.	10
2.4.2. Συστηματική θεραπεία στο πρώιμο στάδιο της νόσου.	11
2.4.3 Συστηματική θεραπεία – Μεταστατική νόσος	13
3. Κεφάλαιο 3^ο «Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο μαστού».	14
3.1. Εισαγωγή.	14
3.2. Επισκόπηση των μακροπρόθεσμων συνεπειών των θεραπευτικών πρωτοκόλλων.	14
3.2.1. Καρδιοτοξικότητα μετά από επικουρική θεραπεία.	14
3.2.2. Οστεοπόρωση και μακροχρόνια επιβίωση.	15
3.2.3. Πολυνευροπάθεια από χημειοθεραπεία.	16
3.2.4 Λεμφοίδημα.	17
3.2.5. Μακροχρόνια κόπωση και γνωσιακές διαταραχές.	18
4 Κεφάλαιο 4^ο «Ειδικά θέματα ποιότητας ζωής σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες με καρκίνο μαστού».	21
4.1. Εισαγωγή.	21
4.2. Σεξουαλική λειτουργία.	21
4.3. Διατήρηση της γονιμότητας.	22
4.4. Εγκυμοσύνη.	24
4.5. Αντισύλληψη.	25
4.6. Εικόνα σώματος.	25
5. Κεφάλαιο 5^ο «Ο ρόλος του νοσηλευτή».	27
5.1. Εισαγωγή.	27
5.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες ασθενείς με καρκίνο.	27
5.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο μαστού.	28
5.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στους επιζώντες από καρκίνο.	30
6. Συμπέρασμα	32
7. Βιβλιογραφία	33

Περίληψη

Τίτλος εργασίας: «Ποιότητα ζωής νέων ενήλικων γυναικών με καρκίνο του μαστού και ο ρόλος της νοσηλευτικής»

Του/της: Βερεράκη Μαρία

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

1. Αγγελάκη Σοφία: Καθηγήτρια Παθολογικής Ογκολογίας

2. Στειακάκη Ευτυχία: Καθηγήτρια Παιδιατρικής Αιματολογίας- Ογκολογίας

3. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης: Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ημερομηνία: Φεβρουάριος 2023

Εισαγωγή: Οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες (adolescents and young adults, AYAs) που διαγιγνώσκονται πρώτη φορά με κάποια μορφή καρκίνου σε ηλικία μεταξύ 15 έως 39 ετών. Αναγνωρίζονται ως ένας ξεχωριστός πληθυσμός ογκολογικών ασθενών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες αντιμετώπισης. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό τύπο καρκίνου σε γυναίκες AYAs και έχει σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, μειώνοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Το ποσοστό επιζώντων γυναικών από καρκίνο μαστού έχει αυξηθεί στο 85,5% εξαιτίας της αναβαθμισμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Επομένως, υπάρχει αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για την κατανόηση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών και για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των επιζώντων από την συγκεκριμένη νεοπλασία.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα εστιάζει στον ιδιαίτερο πληθυσμό των εφήβων και νεαρών ενήλικων γυναικών με καρκίνο μαστού και στοχεύει στην διερεύνηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της θεραπευτικής αντιμετώπισής τους και τον προσδιορισμό του νοσηλευτικού ρόλου στην προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα μελέτη αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικά συγγράμματα καταχωρημένα σε διεθνείς βάσεις δεδομένων όπως Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect και πλατφόρμες επίσημων ογκολογικών ιδρυμάτων όπως National Cancer Institute (NCI). Κριτήρια εισαγωγής για την επιλογή των άρθρων αποτελούν η αγγλική γλώσσα, το χρονικό διάστημα μεταξύ 2016 έως 2022 και η συνάφεια του περιεχομένου με τον σκοπό της εργασίας. Η αναζήτηση των κειμένων έγινε με χρήση λέξεων κλειδίων.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος μαστού αποτελεί μια από τις δυσχερέστερες ασθένειες που προσβάλλουν τις έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες, η οποία επηρεάζει καταλυτικά την ποιότητα ζωής τους. Οι ΑΥAs με καρκίνο μαστού συχνά αντιμετωπίζουν οξεία συμπτώματα όπως ο πόνος και η κόπωση αλλά και μακροπρόθεσμα συμπτώματα όπως η διαταραχή της γονιμότητας. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, είναι ολιστική, εστιάζοντας στις διανοητικές και συναισθηματικές ανάγκες τους και συμβάλει στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας με απώτερο σκοπό την προαγωγή της μακροπρόθεσμής υγείας.

Συμπεράσματα: Ο καρκίνος μαστού έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ΑΥAs ασθενών. Η νοσηλευτική φροντίδα που εστιάζει στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων των ασθενών ΑΥAs, ως μέρος της συνολικής φροντίδας είναι σημαντική στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ομάδας ογκολογικών ασθενών.

Λέξεις- κλειδιά: ΑΥAs, επιζώντες, καρκίνος του μαστού, κλινικές πρακτικές, μοντέλα αντιμετώπισης καρκίνου, νοσηλευτική φροντίδα, ποιότητα ζωής.

Abstract

Title: «Quality of life of young adult women with breast cancer and the role of nursing».

By: Vereraki Maria

Three Member Evaluating Committee

1. Agelaki Sofia: Professor of Pathological Oncology.
2. Stiakaki Eftichia: Professor of Pediatric Hematology-Oncology.
3. Konstantinidis Theocharis: Professor of Nursing, HMU.

Date: February, 2023

Introduction: Adolescents and young adults (AYAs) who are diagnosed for the first time with some form of cancer between the ages of 15 and 39. They are recognized as a distinct population of oncology patients with special characteristics and treatment needs. Breast cancer is the most common type of cancer in AYA women and has serious physical and psychological effects, significantly reducing their quality of life. The percentage of women surviving breast cancer has increased to 85.5% due to improved medical and nursing care. Therefore, there is an increased scientific interest in understanding the long-term complications and in improving the quality of life of patients and survivors of this neoplasm.

Aim: : This research focuses on the special population of adolescent and young adult women with breast cancer and aims to investigate the long-term effects of their treatment and to determine the nursing role in promoting their health and quality of life.

Methods: The present study is a bibliographic review of scientific literature registered in international databases such as Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect and platforms of official oncology institutions such as the National Cancer Institute (NCI). Entry criteria for the selection of articles are the English language, the time period between 2016 and 2022 and the relevance of the content to the purpose of the work. The texts were searched using keywords.

Conclusions: Breast cancer has a negative impact on the quality of life of AYAs patients. Nursing care that focuses on addressing the physical and psychological symptoms of AYAs patients, as part of overall care, is important in dealing with this specific group of oncology patients.

Keywords: AYAs, survivors, breast cancer, clinical practices, cancer management models, nursing care, quality of life.

Συντομογραφίες

Ξενόγλωσσες συντομογραφίες	
Als:	Treatment with aromatase inhibitors - Θεραπεία με αναστολείς αρωματάσης
APN:	Advanced Practice Nurse Practitioner – Νοσηλεύτης προηγμένης πρακτικής
AYAs:	Adolescents and young adults - Έφηβοι και νεαροί ενήλικες
BCRL:	Lymphedema from breast cancer – Λεμφοίδημα από καρκίνο μαστού
CIPN:	Chemotherapy-induced polyneuropathy - Πολυνευροπάθεια από χημειοθεραπεία
ER:	Estrogen receptor - Υποδοχέας οιστρογόνων
GCTs:	Testicular germ cell cancer - Καρκίνος γεννητικών κυττάρων όρχεων
GnRH:	Gonadotropin-releasing hormone agonists - Αγωνιστές της απελευθέρωσης ορμόνης γοναδοτροπίνης
HMU:	Hellenic Mediterranean University - Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
IUD:	Intrauterine Device – Ενδομήτρια συσκευή
LSC:	Long-term cancer survivor – Μακροπρόθεσμα επιζών καρκίνου
OT:	Occupational Therapy – Εργοθεραπεία
PT:	Physical Therapy - Φυσιοθεραπεία
SCP:	Integrated survivorship care planning - Ολοκληρωμένος σχεδιασμός φροντίδας επιβίωσης
SD:	Sexual dysfunction - Σεξουαλική δυσλειτουργία
TH:	Trastuzumab – Τραστουζουμαμπή
Ελληνικές συντομογραφίες	
ΔΜΣ:	Δείκτης Μάζας Σώματος - Body Mass Index
ΟΛΛ:	Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία - Acute Lymphoblastic Leukemia

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο « ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.»**1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο καρκίνος σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες (AYAs) ορίζεται από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου ως οι διαγνώσεις που εμφανίζονται σε άτομα ηλικίας 15 έως 39 ετών αποτελώντας μια ιδιαίτερη οντότητα όπου το φάσμα των τύπων καρκίνων διαφέρει από τις μορφές καρκίνου της παιδικής ηλικίας και των ενηλίκων. Επιπλέον, η βιολογία του καρκίνου, η αναπτυξιακή κατάσταση των ασθενών, οι ιδιαιτερότητες στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, η θεραπευτική αντιμετώπιση και οι μακροχρόνιες επιπλοκές αποτελούν σημεία αναφοράς για την εξέλιξη της νόσου. [1]

Παρά την ταχεία επιστημονική πρόοδο στην κατανόηση του καρκίνου στους AYAs, υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά κενά όσον αφορά στην αιτιολογία και βιολογία της νόσου και κατά τα δεδομένα θεραπείας και επιβίωσης των ασθενών αυτών. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες ο καρκίνος στους AYAs ομαδοποιείται είτε με τους παιδιατρικούς είτε με τους ενήλικες τύπους καρκίνου. Υπάρχουν μελέτες AYAs όπου τα δεδομένα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, αποκαλύπτοντας σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. [1]

Οι πιο συχνά διαγνωσμένες μορφές καρκίνου στα άτομα ηλικίας 15 έως 19 ετών είναι το λέμφωμα Hodgkin, η οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία, ο καρκίνος θυρεοειδούς, εγκεφάλου και νευρικού συστήματος. Στην ηλικιακή υποομάδα 20 έως 29 ετών συνηθέστεροι καρκινικοί τύποι είναι ο καρκίνος θυρεοειδούς, οι όγκοι γεννητικών κυττάρων των όρχεων (GCTs) και το μελάνωμα. Στην τελική υποομάδα των AYAs 30 έως 39 ετών παρουσιάζονται κυρίως ο καρκίνος του μαστού, του θυρεοειδούς και το μελάνωμα. [1]

1.2 ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Τα ποσοστά επιβίωσης για τους ασθενείς AYAs που διαγνώστηκαν τα έτη 2009 έως 2015 ήταν γενικά παρόμοια μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και κυμαίνονται στο 83% έως 86% όπως συμβαίνει και στους παιδιατρικούς καρκίνους (84%). Όμως παρατηρείται σημαντική διαφορά σε σχέση με τις νεοπλασίες ενηλίκων όπου το ποσοστό επιβίωσης είναι χαμηλότερο και κυμαίνεται στο 66%. [1]

Η συνολική επιβίωση των AYAs επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τα υψηλά επίπεδα καταπολέμησης του καρκίνου θυρεοειδούς, ο οποίος αποτελεί μία μορφή καρκίνου που εμφανίζεται συχνά σε όλες τις ηλικιακές υποομάδες που αφορούν τους AYAs με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 99%. Ομοίως στους ενήλικες ο καρκίνος στην περιοχή των γεννητικών κυττάρων των όρχεων (GCTs), το μελάνωμα πρώιμου σταδίου και το λέμφωμα Hodgkin εμφανίζουν ποσοστό πενταετούς επιβίωσης $\geq 94\%$. Συνεπώς, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά επιβίωσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. [1]

Συγκρίνοντας όμως, την επιβίωση από καρκίνο σε AYAs και παιδιά κατά την χρονική περίοδο 2009 έως 2015 προκύπτει ότι σε ορισμένους τύπους καρκίνους (πχ. ΟΛΛ) αυτή ήταν υψηλότερη στην παιδική ηλικία (91%) σε σχέση με τους AYAs (60%). Ομοίως, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης για ασθενείς με σάρκωμα μαλακών ιστών non-Kaposi ήταν χαμηλότερο σε AYAs από ότι σε παιδιά (73% έναντι 81%). [1]

Επομένως, η επιβίωση των AYAs εξαρτάται από τον τύπο του καρκίνου και διαφέρει από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες και ως εκ τούτου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως διαφορετική οντότητα και να λαμβάνεται υπόψη η βιολογία του καρκίνου και η αναπτυξιακή κατάσταση αυτών των ασθενών. [1]

1.3 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Οι κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο διαφέρουν σημαντικά ανά ηλικιακή ομάδα. Το 2017, η λευχαιμία και οι όγκοι εγκεφάλου ήταν οι κυριότερες αιτίες θανάτου ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας των ασθενών με εξαίρεση στις νεαρές ενήλικες γυναίκες 30 έως 39 ετών όπου ο καρκίνος του μαστού, τραχήλου της μήτρας και παχέος εντέρου προκαλούν τους περισσότερους θανάτους. Επιπλέον, σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες 20 έως 29 ετών η λευχαιμία αποτελεί τον τύπο καρκίνου με τη μεγαλύτερη θνησιμότητα. Σε αντίθεση με την συχνότητα εμφάνισης μιας μορφής καρκίνου τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο μεταξύ των AYAs 15 έως 29 ετών είναι υψηλότερα στο αρσενικό φύλο. [1]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΕΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΕΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ»

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο κοινό τύπο καρκίνου μεταξύ των εφήβων και νεαρών ενήλικων γυναικών ηλικίας 15 έως 39 ετών κατά την διάγνωση, αντιπροσωπεύοντας το 30% του ποσοστού των τύπων καρκίνου όσο αφορά τον γυναικείο πληθυσμό. Σύμφωνα με το SEER, το 5,6 % όλων των διηθητικών καρκίνων του μαστού εμφανίζονται στους AYAs. [2]

Η συχνότητα του διηθητικού καρκίνου του μαστού στις γυναίκες AYAs των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής εμφανίζει αύξηση, η οποία οφείλεται κυρίως σε καρκίνους τελικού σταδίου. Η συχνότητα εμφάνισης αυξήθηκε επίσης αλλά με χαμηλότερο ρυθμό, σε γυναίκες ηλικίας >40 ετών. [2]

Οι AYAs έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τις γυναίκες ≥ 40 ετών με καρκίνο μαστού να παρουσιάσουν όγκους με επιθετική βιολογία και επομένως προχωρημένη νόσο, η οποία συνεπάγεται και μειωμένη επιβίωση. Ακόμη μεταξύ των ασθενών με καρκίνο μαστού πρώιμου σταδίου, οι AYAs έχουν 39% μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν σε σύγκριση με γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία. Επιπλέον, οι AYAs είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν περισσότερες παρενέργειες από τη θεραπεία και ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά την διάγνωση. [2]

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Περίπου το 50% των γυναικών με καρκίνο μαστού ηλικίας <30 ετών φέρουν μια γαμετική μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 & BRCA2, μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης σε γυναίκες με συγγενή ηλικίας <50 ετών που έχει ιστορικό νόσου. Επιπλέον, ορμονικοί παράγοντες συμβάλουν για την αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρκίνου μαστού των AYAs όπως για παράδειγμα η πρόιμη εμμηνοαρχή, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, η ανωορρηξία και οι αλλαγές στα αναπαραγωγικά πρότυπα (πχ. αύξηση του ποσοστού των πρώτων γεννήσεων σε γυναίκες >30 ετών). [2]

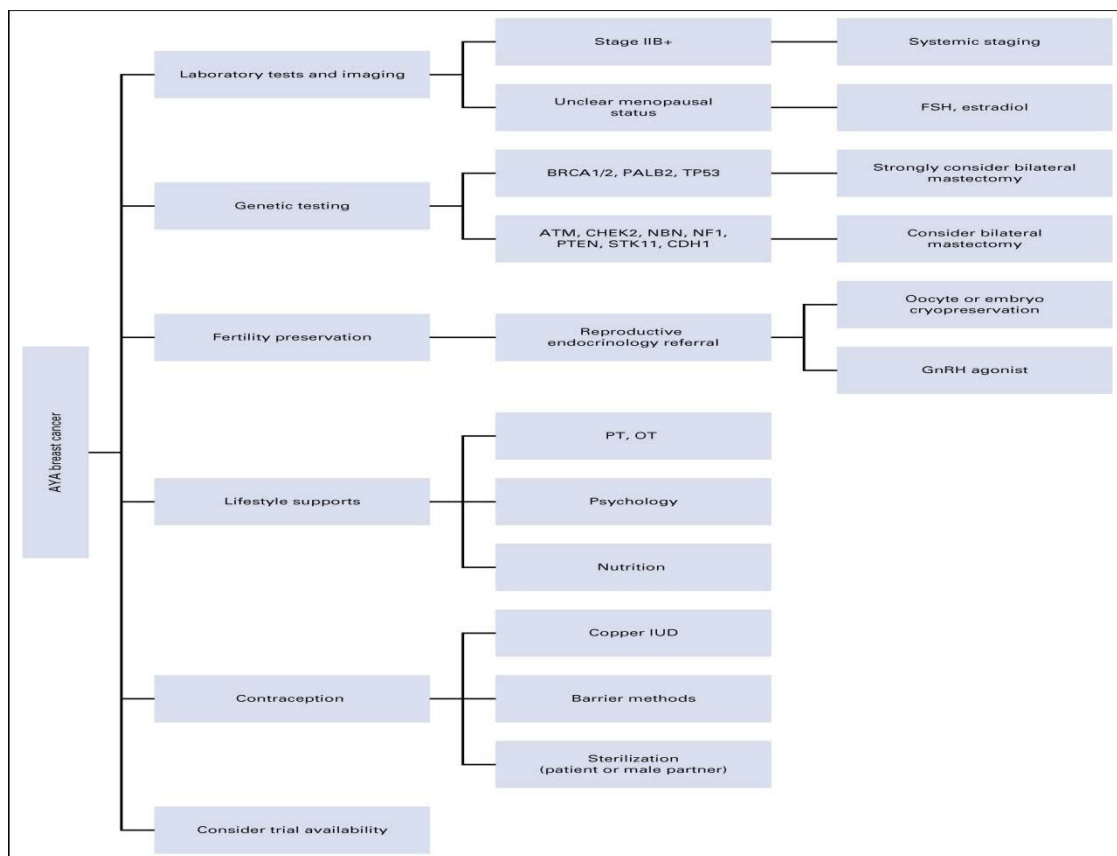
Επιπροσθέτως, ορισμένοι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου διαφέρουν μεταξύ των AYAs και των γυναικών ≥ 40 ετών όπως ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ενώ, στις

ενήλικες γυναίκες η παχυσαρκία αυξάνει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού αντίθετα στις ΑΥAs ο χαμηλός ή φυσιολογικός ΔΜΣ αποτελεί παράγοντα κινδύνου. [2]

2.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΥAs ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ολοκληρωμένου Δικτύου για τον καρκίνο προτείνεται να δίδεται προτεραιότητα στην τριτοβάθμια σε ασθενείς ΑΥAs διότι η καθυστέρηση της θεραπείας έχει σημαντική αρνητική επίπτωση στην επιβίωση τους λόγω του πολύ υψηλού κινδύνου επανεμφάνισης της νόσου. Επιπλέον, η διατήρηση της γονιμότητας για τις έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες έπειτα από τη διαδικασία των θεραπευτικών πρωτοκόλλων στις οποίες υποβάλλονται αποτελεί υψηλής σημασίας ζήτημα για την ποιότητα ζωής τους. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμοι τρόποι για να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος. [2]

Η φροντίδα των ασθενών ΑΥAs είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και απαιτεί τον συντονισμό μίας μεγάλης διεπιστημονικής ομάδας υγείας που περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους κ.α. Ως προς τις ιατρικές ειδικότητες η ομάδα φροντίδας αποτελείται από τον χειρουργό, τον ογκολόγο και τον ακτινολόγο, ενώ απαιτεί επιπλέον την συνεργασία γενετιστή, ιατρού ενδοκρινολόγου και γυναικολόγου για να διασφαλιστεί όσο το δυνατόν καλύτερα η διατήρηση της γονιμότητας. Επομένως, συνιστάται η φροντίδα των ασθενών ΑΥAs με καρκίνο μαστού να διεξάγεται σε πολυεπιστημονικές κλινικές για τη διευκόλυνση της έγκαιρης και συντονισμένης λήψης αποφάσεων. Συνεπώς, συνιστάται να ακολουθείται ο παρακάτω αλγόριθμος όπου περιλαμβάνει την κλινική διαχείριση των ασθενών ΑΥAs με καρκίνο μαστού. (Σχήμα 1.) [2]



Σχήμα 1. Ειδικές εκτιμήσεις για την κλινική διαχείριση των ΑYA με καρκίνο του μαστού. ΑYA, έφηβος και νεαρός ενήλικας. IUD, ενδομήτρια συσκευή; OT, εργοθεραπεία; PT, φυσικοθεραπεία.

2.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑYAΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

2.4.1 Τοπική θεραπεία στο πρώιμο στάδιο της νόσου.

Όταν η ασθενής βρίσκεται σε πρωταρχικό στάδιο δηλαδή δεν υπάρχουν δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε γειτονικούς ιστούς ή σε απομακρυσμένα όργανα υποβάλλεται σε τοπική θεραπεία δηλαδή χειρουργική απομάκρυνση της καρκινικής εστίας (ογκοεκτομή με διατήρηση του μαστού ή σπανιότερα μαστεκτομή). [2]

Όσον αφορά την επιβίωση των ασθενών ΑYAς η θεραπεία διατήρησης μαστού καθώς και η μαστεκτομή έχουν παρόμοια αποτελέσματα (σε ασθενείς με όμοια χαρακτηριστικά νόσου). Ωστόσο, οι ΑYAς έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιλέξουν αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή σε σύγκριση με τις μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο δια βίου κίνδυνος για ομόπλευρο ή ετερόπλευρο νέο πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού μεταξύ των ασθενών ΑYAς είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τις ασθενείς

>40 ετών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν την εξέταση της αμφοτερόπλευρης μαστεκτομής ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος σε γυναίκες που φέρουν γενετικές μεταλλάξεις BRCA1, BRCA2, PALB2, TP53. Επιπλέον, το 16,9% των ΑΥAs με καρκίνο μαστού παρουσιάζει μια επιβλαβή γενετική μετάλλαξη, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη λήψη των χειρουργικών αποφάσεων σε σύγκριση με το 10,7% των γυναικών διαφορετικής ηλικιακής ομάδας. Επιπροσθέτως, σε σύγκριση με γυναίκες άνω των 60 ετών, οι ΑΥAs έχουν εννέα φορές υψηλότερο κίνδυνο για τοπική υποτροπή έπειτα από την θεραπεία διατήρησης του μαστού. Αυτό πιθανόν να οφείλεται, στις διαφορές της βιολογίας της νόσου στις ασθενείς ΑΥAs. [2]

Οι ανησυχίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα, τη γονιμότητα και την εικόνα του σώματος επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές τοπικής θεραπείας σε νεαρές γυναίκες. Επισημαίνοντας την σπουδαιότητα της διεπιστημονικής ψυχοκοινωνικής στήριξης που χρειάζονται οι ασθενείς ΑΥAs με καρκίνο μαστού. Από την μία πλευρά, η επιθυμία για συμμετρία του μαστού οδηγεί τις έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες να επιλέξουν την αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με αποκατάσταση των μαστών αντί για ογκοεκτομή ή μονόπλευρη μαστεκτομή. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που επιθυμούν μελλοντική τεκνοποίηση μπορεί να επιλέξουν την μονόπλευρη μαστεκτομή ώστε να υπάρχουν πιθανότητες υποστήριξης του θηλασμού. [2]

2.4.2 Συστηματική θεραπεία στο πρώιμο στάδιο της νόσου.

Η συστηματική θεραπεία χορηγείται στο πλαίσιο θεραπείας του καρκίνου του μαστού, για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων που υπάρχουν σε όλο τον οργανισμό της ασθενούς, στους μαστούς και τους λεμφαδένες. Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι συστηματικών θεραπειών, η χημειοθεραπεία η αντιοιστρογονική θεραπεία και η στοχευμένη θεραπεία. Η επιλογή του είδους της θεραπείας στηρίζεται σε επιμέρους παραμέτρους όπως για παράδειγμα το στάδιο, η βιολογία και το μοριακό προφίλ του όγκου και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθενούς (πχ. ηλικία). Σε σύγκριση με τις γυναίκες >40 ετών, οι ασθενείς ΑΥAs έχουν υψηλότερο κίνδυνο για υποτροπή της νόσου σε απομακρυσμένη περιοχή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας για τον πρώιμο καρκίνο μαστού. Οι όγκοι των ΑΥAs συχνά εμφανίζουν χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου όπως είναι ο τριπλά αρνητικός υπότυπος (απουσία έκφρασης του υποδοχέα οιστρογόνου ER-, του υποδοχέα προγεστερόνης PR-και του αυξητικού παράγοντα HER2), ο βαθμός διαφοροποίησης (grade 3) και η αγγειακή ή λεμφική διήθηση. Επιπλέον, η επιβίωση των ΑΥAs με πρώιμο καρκίνου μαστού είναι μικρότερη σε σύγκριση με τις γυναίκες >40 ετών. [2]

Τριπλά αρνητικός καρκίνος μαστού: Η νεοεπικουρική θεραπεία προτιμάται γενικά στην περίπτωση των ΑΥAs με τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού. Καθώς οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης, συχνά πραγματοποιείται με προσθήκη καρβοπλατίνης με ή χωρίς ανοσοθεραπεία στο πρωτόκολλο θεραπείας. Εντούτοις, η καρβοπλατίνη και η πεμπρολιζουμάμπη δεν φαίνεται να αυξάνουν το ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης ή την συνολική επιβίωση, ενώ έχει αναφερθεί ότι αυξάνουν την τοξικότητα της θεραπείας. [2]

HER2- θετικός καρκίνος μαστού: Όταν οι ΑΥAs παρουσιάσουν HER2+ όγκο <2cm υποβάλλονται σε επικουρική θεραπεία με paclitaxel διάρκειας 12 εβδομάδων σε συνδυασμό με τη χορήγηση trastuzumab για 1 έτος. Αντίθετα, στους ΑΥAs με HER2+ όγκο >2cm προτιμάται η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία trastuzumab- pertuzumab. [2]

Υποδοχέας οιστρογόνου (ER) θετικός και HER2- αρνητικός καρκίνος μαστού: Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία ενδείκνυται για ΑΥAs όπου ο καρκινικός όγκος θεωρείται ανεγχείρητος κατά την διάγνωση, τα χαρακτηριστικά του όγκου υποδηλώνουν ευαισθησία στην χημειοθεραπεία ή όταν είναι επιθυμητή η μείωση του μεγέθους του όγκου που βρίσκεται στον μαστό ή στην μασχαλιαία περιοχή πριν την χειρουργική επέμβαση. Σε διαφορετική περίπτωση η επικουρική χημειοθεραπεία προκύπτει από τη ενσωμάτωση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν κατά την χειρουργική επέμβαση ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλάνο θεραπείας για την εκάστοτε ασθενή με καρκίνο μαστού. [2]

Όσο αφορά τις ασθενείς ΑΥAs, ενώ φαίνεται ότι η χημειοθεραπεία ωφελεί τις γυναίκες με υψηλό ρίσκο υποτροπής σύμφωνα με τον γονιδιακό έλεγχο (Oncotype DX, MammaPrint) εντούτοις, δεν είναι σαφές αν υπάρχει όφελος για τις υπόλοιπες ασθενείς με χαμηλό ή μεσαίο κίνδυνο. Στις γυναίκες <50 ετών με υψηλό κίνδυνο βάσει κλινικών κριτηρίων και χαμηλό/ ενδιάμεσο κίνδυνο βάσει γονιδιακής ανάλυσης, η χημειοθεραπεία αυξάνει τη μακροπρόθεσμη επιβίωση έως και κατά 10%. [2]

Ορισμένα πλεονεκτήματα της επιβίωσης που εμφανίζουν οι νεαρές γυναίκες με ER+ HER2- όγκους από τη χημειοθεραπεία μπορεί να οφείλονται στην καταστολή της λειτουργίας των ωσθηκών, η οποία εμφανίζεται ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Η ανάλυση STEPP (μια συνδυασμένη ανάλυση των κλινικών δοκιμών SOFT και TEXT) έδειξε ότι όταν η καταστολή της λειτουργίας των ωσθηκών προστέθηκε σε έναν αναστολέα αρωματάσης, το διάστημα επιβίωσης αυξήθηκε κατά 4%-5% στις ασθενείς με μέτριο κλινικό κίνδυνο υποτροπής και κατά 10%-15% για τις ασθενείς με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Αυτό το όφελος είναι αρκετά σημαντικό και συγκρίνεται με δεδομένα από το TAILORx

(TrialAssigningIndividualizedOptionsforTreatment) , όπου προκύπτει ότι οι γυναίκες <50 ετών με υψηλό κλινικό κίνδυνο υποτροπής και ενδιάμεση βαθμολογία Oncotype DX εμφανίζουν με τη χημειοθεραπεία 8,7% όφελος της επιβίωσης έως την υποτροπή. Επομένως, ο συγκεκριμένος πληθυσμός γυναικών μπορεί να ωφεληθεί από την καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών ως μέρος της ενδοκρινικής θεραπείας. Ωστόσο, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. [2]

Η επικουρική ενδοκρινική θεραπεία αποτελεί την κλασική θεραπεία στον ER+ καρκίνο μαστού και μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής κατά 50%. Οι ασθενείς AYAs με πρώιμου σταδίου ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού εμφανίζουν λιγότερες υποτροπές όταν η ενδοκρινική θεραπεία τους περιλαμβάνει την καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών. Όμως, επειδή η συγκεκριμένη παρέμβαση σε συνδυασμό με τη χρήση ταμοξιφαίνης έχει υψηλότερη τοξικότητα (κολπική ξηρότητα, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, ορισμένες ασθενείς AYAs επιλέγουν την χρήση ταμοξιφαίνης χωρίς την καταστολή των ωοθηκών τους. [2]

2.4.3 Συστηματική θεραπεία- Μεταστατική νόσος.

Η θεραπεία της μεταστατικής νόσου δεν διαφέρει σημαντικά για τους AYAs σε σύγκριση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας εκτός από το γεγονός ότι στις νεαρές γυναίκες συστήνεται η αμφοτερόπλευρη σαλπινγοωθηκτομή αμέσως μετά την διάγνωση ορμονοθετικού καρκίνου μαστού για τη διασφάλιση της βέλτιστης καταστολής των οιστρογόνων. Επιπλέον, τα ποσοστά επιβίωσης είναι όμοια για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών έναντι της αμφοτερόπλευρης σαλπινγοωθηκτομής. [2]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ»**3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.**

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία ασχολείται με την ευημερία του ατόμου. Τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας η χρήση της ποιότητας ζωής ως μετρήσιμο παράγοντα έχει αυξηθεί, καθώς η υγειονομική περίθαλψη έχει μετατοπιστεί από ένα βιοιατρικό μοντέλο που εστιάζει στην ασθένεια σε ένα πιο ολιστικό, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που ασχολείται με την ευημερία του ασθενούς. Η ποιότητα ζωής έχει επίσης αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία λόγω της βελτίωσης των ιατρικών θεραπειών και τη διαχείριση των ασθενειών που συμβάλουν στην προαγωγή της διάρκειας ζωής των ατόμων που νοσούν από χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις την σωματική υγεία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευημερία. Επομένως, για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει πέρα από τους κλασικούς δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα να εκφράζεται και η γνώμη του ασθενούς με τη καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού για τις παραπάνω διαστάσεις μέσω μοντέλων αξιολόγησης (Short Form 36(SF-36), η Nottingham Health Profile, η World Health κ.ά.).

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται η πιο συχνή μορφή καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό καθώς το έτος 2018 είχαν διαγνωσθεί σχεδόν δύο εκατομμύρια περιπτώσεις παγκοσμίως. Επιπλέον, όσο αφορά το γυναικείο φύλο αντιπροσωπεύει την κύρια αιτία θανάτου που προκαλείται από νεοπλασματική ασθένεια. Τα τελευταία χρόνια η πρόγνωση του καρκίνου μαστού έχει βελτιωθεί σημαντικά. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης κυμαίνονται στο 90% των περιπτώσεων και της δεκαετούς επιβίωσης στο 80%. Η συγκεκριμένη βελτίωση παρατηρείται περισσότερο στις δυτικές χώρες λόγω της υψηλότερης κάλυψης και συμμόρφωσης του πληθυσμού σε προγράμματα προσυπτωματικού ελέγχου, στοχεύοντας στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου, δηλαδή όταν η ασθένεια βρίσκεται σε υποκλινικό επίπεδο, στην βελτίωση του μοριακού χαρακτηρισμού των όγκων και στην χρήση καινοτόμων πρωτοκόλλων θεραπείας. [3]

Ο εντοπισμός διαφορετικών βιολογικών υπότυπων καρκίνου μαστού ώθησε την ανάπτυξη καινοτόμων στοχευόμενων παραγόντων και συνέβαλε στην εξατομίκευση της θεραπείας. Ωστόσο, τα αυξανόμενα ποσοστά επιβίωσης και ο αυξανόμενος αριθμός των θεραπευμένων ασθενών απαιτούν αποκλειστικές στρατηγικές για την διαχείριση των μακροπρόθεσμων συνεπειών που προκύπτουν από τα θεραπευτικά πρωτόκολλα καρκίνου του μαστού δίδοντας έμφαση στην ποιότητα ζωής των επιζώντων γυναικών. [3]

3.2 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ.

3.2.1 Καρδιοτοξικότητα μετά από επικουρική θεραπεία.

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, είτε σε πρώιμο είτε σε προχωρημένο στάδιο έχει βελτιωθεί αισθητά. Αυτό οφείλεται εν μέρει στη διαθεσιμότητα και ευρεία χρήση νέων θεραπευτικών λύσεων. Ωστόσο, ορισμένοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες παρενέργειες, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απειλητικές για την ζωή. [3]

Μια από τις πιο σημαντικές παρενέργειες των επικουρικών θεραπειών είναι η καρδιοτοξικότητα. Ειδικότερα, η όψιμη μπορεί να εμφανιστεί χρόνια μετά τη χορήγηση των επικουρικών θεραπειών και σχετίζεται κυρίως με τη χορήγηση ουσιών όπως οι ανθρακυκλίνες και η τραστουζουμάμπη. Η ενδοκρινική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία θώρακος, ειδικά όταν περιλαμβάνει τον αριστερό μαστό είναι πιθανόν να έχουν επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία. Η καρδιοτοξικότητα οφείλεται κυρίως στην άμεση επίδραση στα καρδιομυοκύτταρα, προκαλώντας κυτταρικό θάνατο και μόνιμη ή παροδική μείωση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής κοιλίας, με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις τη συμπτωματική συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπλέον, η καρδιακή τοξικότητα που προκαλείται από θεραπευτικές παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει επίσης αγγειακές διαταραχές, αρρυθμίες και ισχαιμικά επεισόδια. [3]

Όσο αφορά την πρόληψη αυτής της επίπτωσης, η αξιολόγηση του βασικού κινδύνου πιθανής καρδιοτοξικότητας επιβάλλεται πριν από την έναρξη του θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος της παρουσίας παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τις συνήθειες του τρόπου ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία, έλλειψη σωματικής άσκησης), των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, οικογενειακό ιστορικό), η πιθανή ύπαρξη καρδιακής νόσου (καρδιακή ανεπάρκεια, μυοκαρδιοπάθεια ή στεφανιαία νόσος). Στην πραγματικότητα η παρουσία τους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο συμπτωματικής καρδιακής δυσλειτουργίας. Επομένως, συνιστάται καρδιολογικός έλεγχος σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μετά από την χορήγηση των επικουρικών θεραπειών με ανθρακυκλίνες και τραστουζουμάμπη, αν και δεν παρέχεται επιστημονικά σαφή το καταλληλότερο χρονικό διάστημα για να πραγματοποιηθεί αυτή η προσέγγιση. [3]

3.2.2 Οστεοπόρωση και μακροχρόνια επιβίωση.

Όσο αφορά τα οστά, η οστεοπόρωση αποτελεί την πιο συχνή δυσλειτουργία στον γηραιότερο γυναικείο πληθυσμό στις περισσότερες χώρες. Ο κίνδυνος παρουσίας καταγμάτων κατά την διάρκεια της ζωής των γυναικών στις ΗΠΑ και Ευρώπης ηλικίας 50 ετών είναι περίπου 40% με κίνδυνο κατάγματος ισχίου 15% έως 20%. [3]

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού με ορμονοευαισθησία είναι πιθανόν να λάβουν επικουρική ενδοκρινική θεραπεία με αναστολείς Αρωματάσης (AIs) για περίπου 5 έως 10 χρόνια, το οποίο εξαρτάται από τον ατομικό κίνδυνο υποτροπής. Η συγκεκριμένη θεραπεία είναι η κλασική θεραπεία για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αλλά και τις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, η μείωση των κυκλοφορούντων επιπέδων οιστρογόνων που σχετίζονται με τους AIs μπορεί να προκαλέσει ταχεία αύξηση του πιθανού κινδύνου εμφάνισης κατάγματος. [3]

Στην κλινική πρακτική, μια βασική αξιολόγηση του κινδύνου κατάγματος σε μετεμμηνοπαυσιακές και προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με πρώιμη νόσο, υποψήφιες για AIs, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικά και να επαναλαμβάνεται κάθε 2 έτη παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι ασθενείς που λαμβάνουν AIs διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης περιοδοντικής νόσου, με πιθανό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Επομένως, κρίνεται απαραίτητο στο κλινικό περιβάλλον όπου βρίσκεται η νοσούσα να εφαρμόζεται οδοντιατρικός έλεγχος τακτικά, περίπου κάθε χρόνο. [3]

3.2.3 Πολυνευροπάθεια από χημειοθεραπεία.

Η πολυνευροπάθεια που προκαλείται από χημειοθεραπεία (CIPN), αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές και αναπηρικές παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων για τη θεραπεία του καρκίνου μαστού. Η πρόληψη της επιτυγχάνεται με μείωση της δόσης, καθυστέρηση ή διακοπή της εκάστοτε θεραπευτικής προσέγγισης. Η αναστρεψιμότητα της CIPN θεωρείται αυξανόμενης σημασίας καθώς οι ενεργές χημειοθεραπείες παρατείνουν την επιβίωση. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα αισθητικοκινητικής CIPN αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν την απώλεια αυτονομίας και διαταραγμένη ποιότητα ζωής. Επιπλέον, θεωρείται ότι αποτελεί βασικό περιοριστικό παράγοντα στη θεραπεία. Η αντιμετώπιση της CIPN αποτελεί κλινική πρόκληση καθώς δεν υπάρχουν καθιερωμένες και αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές μέχρι στιγμής. [3]

Η CIPN συνήθως εμφανίζεται ως τυπική νευροπάθεια όπου οι ασθενείς περιγράφουν κυρίως αισθητηριακά συμπτώματα όπως μούδιασμα, υπερευαισθησία σε μηχανικά ή κρύα

ερεθίσματα, συνεχή ή οξύ πόνο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου παρουσιάζεται αυτόνομη και κινητική δυσλειτουργία. Η CIPN μπορεί να παρουσιαστεί σε οξεία φάση κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας. Όμως υπάρχουν περιπτώσεις όπου εμφανίζεται μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου, ο πόνος και οι αισθητηριακές ανωμαλίες μπορεί να επιμείνουν από μήνες έως και χρόνια έπειτα την διακοπή της χημειοθεραπείας. Επομένως, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των επιβιωσάντων από τον καρκίνο. [4]

Η συχνότητα εμφάνισης CIPN κυμαίνεται μεταξύ 12% έως 96% στην περίπτωση χορήγησης χημειοθεραπείας με βάση τις ουσίες ταξάνη και πλατίνα. Τόσο για την πρόληψη αλλά και την θεραπευτική απόκριση της CIPN είναι απολύτως απαραίτητες οι καινοτόμες προσεγγίσεις αποκατάστασης που έχουν την δυνατότητα να εφαρμοστούν ως εναλλακτική λύση στις συνήθη φαρμακολογικές θεραπείες όπως για παράδειγμα εξειδικευμένη σωματική άσκηση (εκπαίδευση αισθητικοκινητικής ισορροπίας, απορρόφησης κραδασμών). [3]

3.2.4 Λεμφοίδημα.

Το λεμφοίδημα που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού (BCRL) αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή δευτερογενούς λεμφοιδήματος που εμφανίζεται μετά από μασχαλιαίες επεμβάσεις ή/και ακτινοβολία στην συγκεκριμένη περιοχή. Το ποσοστό εμφάνισης κυμαίνεται στο 14% έως 54% των επιβιωσάντων από καρκίνο του μαστού. Τα κλινικά σημεία σχετίζονται με την παρουσία διογκωμένου όγκου στους ιστούς του άνω άκρου με επακόλουθο την εκδήλωση ίνωσης. Η ασθενής παρουσιάζει μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή, αίσθημα ατονίας, κακουχίας, πόνου και ψυχοκοινωνική αδυναμία. [5]

Γενικά, το BCRL αποτελεί μια πολύπλοκη και υποδιαγνωσμένη πάθηση με δυνητικές καταστροφικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής των επιζώντων γυναικών από καρκίνο μαστού. Γενετικοί, ανατομικοί, βιολογικοί και κλινικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη αυτής της πάθησης, της οποίας η αιτιολογία χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντική. Επιπλέον, συμπτώματα θεραπειών όπως η εξασθένηση των μηχανισμών εμβρυογενετικής διαφοροποίησης του λεμφικού συστήματος, ανατομικές παραλλαγές, αλλοιώσεις του λεμφικού συστήματος, μηχανισμοί συσπάσεων του λεμφικού αγγείου και οι ύπαρξη συστηματικής φλεγμονής θεωρείται ότι δρουν συνεργατικά, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη λεμφοιδήματος. Επιπλέον, γονιδιακές μεταλλάξεις έχουν συνδεθεί με τα λεμφοιδήματα (πρωτογενή ή δευτερογενή). Ωστόσο, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γενετικές αλλαγές που σχετίζονται με διαφορετικούς μοριακούς υπότυπους του καρκίνου μαστού θα μπορούσαν να

επιρεάσουν την παθογένεση του BCRL. Οι ιατρικές παρεμβάσεις όπως η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία αποτελούν παράγοντες καθοριστικούς για την ανάπτυξη και την εξέλιξη του λεμφοιδήματος. [5]

Παρά το γεγονός ότι η έγκαιρη ανίχνευση συμβάλει στην βελτίωση της έκβασης των ασθενών με BCRL, οι προληπτικές μέθοδοι που είναι διαθέσιμες έως σήμερα είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Καθοριστικοί παράγοντες του BCRL αποτελούν η φυσική διαταραχή των λεμφαγγείων στην περιοχή του βραχίονα, όπως στην περίπτωση μασχαλιαίου λεμφαδενικού καθαρισμού. Επιπλέον, ο αριθμός των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν και ο αριθμός των μεταστατικών λεμφαδένων σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο παρουσίας λεμφοιδήματος, το οποίο θεωρείται ότι οφείλεται στην υψηλή δόση ακτινοβολίας που λαμβάνουν οι ασθενείς στην μασχαλιαία περιοχή. Ως εκ τούτου, η επερχόμενη από ακτινοβολία νέκρωση των κυττάρων είναι πιθανόν να εμπλέκεται στην παθογένεση του BCRL. [5]

Υψηλότερος επιπολασμός του BCRL έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία με βάση τις ταξάνες και τραστουζουμάμπη. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην μειωμένη συστατικότητα του λεμφικού συστήματος. Η συσχέτιση μεταξύ του μέγιστου δείκτη μάζας σώματος ($>25\text{kg/m}^2$), της μετεγχειρητικής αύξησης βάρους, της δυσλιπιδαιμίας και του BCRL έχει αποδειχθεί ευρέως. Γενικά, υπάρχει ευρεία συμφωνία ότι η χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού λειτουργεί προστατευτικά έναντι των μακροχρόνιων επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου του BCRL. Επιπλέον, αρκετές αλλοιώσεις βλαστικής σειράς σε γονίδια εμπλέκονται στα διάφορα επίπεδα της λεμφαγγειογένεσης των ασθενών με BCRL, υποδηλώνοντας πιθανό ρόλο στην ατομική προδιάθεση της ανάπτυξης λεμφοιδήματος μετά την θεραπεία για τον καρκίνο μαστού. Σε αυτά τα γονίδια περιλαμβάνονται η κινάση τυροσίνης (που σχετίζεται με την σπλήνα), οι πρωτεΐνες προσκόλλησης ενδοθηλιακών κυττάρων (πχ. αυξητικοί παράγοντες), ιντερλευκίνες κ.ά. [5]

3.2.5 Μακροχρόνια κόπωση και γνωσιακές διαταραχές.

Οι επιζώντες από καρκίνο μαστού αναφέρουν ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολούθησαν, όπως είναι η σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση και οι γνωσιακές διαταραχές. Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να επιμείνουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της ασθενούς και να δημιουργήσουν δυσμενείς σωματικές, ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. [6]

Αναλυτικότερα, η σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση αποτελεί μια εξαιρετικά διαδεδομένη μακροχρόνια παρενέργεια μεταξύ των επιζώντων γυναικών από καρκίνο μαστού, η οποία ορίζεται ως « Μία οδυνηρή, επίμονη, υποκειμενική αίσθηση σωματικής, συναισθηματικής ή/και γνωσιακής εξάντλησης που σχετίζεται με τον καρκίνο ή/και την θεραπευτική αντιμετώπιση του». Η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο μπορεί να διαθέτει διακριτές σωματικές, γνωσιακές και συναισθηματικές διαστάσεις και θεωρείται ότι αποτελεί μια πιο σοβαρή, επίμονη και εξουθενωτική συγκριτικά με την απλή μορφή κόπωσης. Επειδή η κόπωση αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία, για τη αξιολόγηση της μία κλίμακα που κυμαίνεται από το 0 έως το 10, και οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν το αίσθημα που βιώνουν. Ως ήπια κόπωση χαρακτηρίζεται η βαθμολογία μεταξύ 1 έως 3, η μέτρια κόπωση από 3 έως 7 και ως σοβαρή κόπωση θεωρείται ο βαθμός από 7 έως 10. Επιπλέον, η σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση μπορεί να αξιολογηθεί με εξειδικευμένα ερωτηματολόγια, τα οποία μπορούν να χαρακτηρίσουν διαφορετικές πτυχές της κόπωσης συμπεριλαμβανομένης της σοβαρότητας, της διάρκειας, παρεμβολής και διάστασης όπως είναι το : European Organization for Research and Treatment of Cancer–Quality-of-Life Questionnaire (EORTC)-C30 fatigue subscale. [6]

Συνολικά κατά τη φάση της ενεργούς θεραπείας, η πλειονότητα των ασθενών που εμφανίζει κάποια μορφής κόπωσης το 30% έως 60% την κατηγοριοποιεί σε μέτρια έως σοβαρή. Συνήθως, η κόπωση βελτιώνεται έπειτα από την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία και/ή χημειοθεραπεία). Ωστόσο περίπου το 30% των ασθενών συνεχίζει να αισθάνεται σοβαρή κόπωση το πρώτο έτος μετά τη θεραπεία και το 20% των ασθενών εξακολουθεί να αναφέρει σοβαρή κόπωση στα 10 χρόνια έπειτα από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου. [6]

Η σχετιζόμενη με τον καρκίνο μαστού κόπωση επηρεάζει την κοινωνική και επαγγελματική ζωή των επιζώντων καθώς υπάρχουν επιπτώσεις στην ικανότητα τους να ανταποκριθούν στις εργασιακές απαιτήσεις (εργασιακό στρες, μεγάλο φόρτο εργασίας). Επιπλέον, η κόπωση έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων (σοβαρή συναισθηματική διαταραχή, δυσλειτουργία ρόλων και έλλειψη νοήματος της ζωής). Οι αναφορές δείχνουν ότι η αντιμετώπιση της κόπωσης θεωρείται πιο δύσκολη συγκριτικά με άλλα συμπτώματα όπως ο εμετός και ο πόνος. [6]

Όσο αφορά τις μακροχρόνιες γνωσιακές διαταραχές η σχετιζόμενη με τον καρκίνο γνωστική εξασθένηση (CRCI) χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, των εκτελεστικών λειτουργιών, της συγκέντρωσης και τη μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των δεδομένων.

Συνήθως, αξιολογείται με νευροψυχολογικά τεστ και τις υποκειμενικές αναφορές της ασθενούς. Γνωστικά προβλήματα έχουν αναφερθεί στο $\geq 50\%$ των ασθενών με καρκίνο μαστού έπειτα από τη χορήγηση χημειοθεραπείας. Ωστόσο, μόνο το 15% έως 25% έχει αντικειμενική γνωστική έκπτωση. [6]

Αναλυτικότερα, η γνωστική εξασθένηση έχει παρατηρηθεί εντονότερα σε ασθενείς με καρκίνο μαστού που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία με βάση την ανθρακυκλίνη εκδηλώνοντας μείωση της απόδοσης της λεκτικής μνήμης, καθώς και αλλοίωση της λευκής ουσίας στην περιοχή του εγκεφάλου, η οποία παρατηρήθηκε μέσω απεικόνισης. Επιπλέον, αυτές οι εκδηλώσεις γνωσιακών διαταραχών φαίνεται να ανακάμπτουν σε ομάδα επιζώντων από καρκίνο μαστού έπειτα από 3 έως 4 χρόνια μετά την χημειοθεραπεία. Οι ενδοκρινικές θεραπείες φαίνεται να επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία των ασθενών με καρκίνο του μαστού και να συσχετίζονται με μειωμένη απόδοση σε ορισμένα νευροψυχολογικά τεστ, ειδικά σε εκείνα που μελετούσαν την λεκτική μνήμη. [6]

Η γνωστική δυσλειτουργία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την κοινωνική λειτουργία των επιζώντων από καρκίνο μαστού. Ένα παράδειγμα τέτοιων αρνητικών επιπτώσεων παρατηρείται στον εργασιακό τομέα, καθώς οι ασθενείς αδυνατούν να ασκήσουν τα εργασιακά τους καθήκοντα λόγω της μείωσης της εργασιακής απόδοσης και της παραγωγικότητας. Σύμφωνα, με τους επιζώντες από καρκίνο του μαστού που εκδηλώνουν CRCI εκφράζεται η ανάγκη της κατάλληλης υποστήριξης για να διατηρήσουν την ποιότητα ζωής τους και να διευκολυνθούν στην επανένταξη τους στα εργασιακά και κοινωνικά τους καθήκοντα. [6]

Η υποστηρικτική φροντίδα του CRCI έπειτα από θεραπείες παραμένει ένας εξελισσόμενος τομέας έρευνας. Παρ' όλη την αυξανόμενη ανάγκη διαχείρισης των γνωσιακών διαταραχών επί του παρόντος δεν υπάρχει κανένα προληπτικό μέτρο και καμία φαρμακευτική αγωγή που να έχει σαφώς καθιερωθεί ως μέσο βελτίωσης του CRCI. Ωστόσο, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που φαίνεται να συμβάλλουν στη βελτίωση του είναι κυρίως προγράμματα γνωστικής αποκατάστασης και σωματικής δραστηριότητας ή χαλάρωσης. [6]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο « ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΕΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες με καρκίνο αποτελούν έναν μοναδικό πληθυσμό με ξεχωριστή κατανομή νεοπλασμάτων , πρόγνωση, θεραπευτική προσέγγιση και ψυχοκοινωνικές ανησυχίες. Η κλινική , βιολογική και επιδημιολογική κατάσταση των ΑΥAs διαφέρει από ότι εκείνη των ασθενών ≥ 40 ετών. Ορισμένοι ασθενείς ΑΥAs δεν έχουν ακόμη αποκτήσει την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία ή/και δεν έχουν προλάβει να τεκνοποιήσουν. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς ΑΥAs εκτός από ανησυχίες που αφορούν στην πορεία της νόσου τους, αντιμετωπίζουν ειδικά θέματα που αφορούν στην ποιότητα της ζωής τους και συγκεκριμένα τη σεξουαλικότητα τους, την διατήρηση της γονιμότητας, την εγκυμοσύνη, την αντισύλληψη και τις αλλαγές της εικόνας του σώματος τους. [3]

4.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μεταξύ των έφηβων και νεαρών ενήλικων ασθενών που νοσούν από καρκίνο, το 30% έως 80% αναφέρει τουλάχιστον μία μορφή σεξουαλικής δυσλειτουργίας (SD), συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης επιθυμίας (60%), την εμφάνιση δυσκολιών στην επίτευξη και διατήρηση της διέγερσης (70%), δυσκολία στην εκσπερμάτωση και στον οργασμό (80%), μειωμένη συχνότητα σεξουαλικής επαφής και ελάχιστη σεξουαλική ικανοποίηση. Οι βλαβερές επιδράσεις της σεξουαλικής λειτουργίας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών ΑΥAs με καρκίνο αποτελούν μια από τις πιο επώδυνες βλαβερές επιπτώσεις. Παρά τις επικρατούσες επίσημες επιπτώσεις του καρκίνου και των ογκολογικών θεραπειών στην σεξουαλικότητα, η σεξουαλική δυσλειτουργία σπάνια συζητιέται μεταξύ των ασθενών ΑΥAs και των επαγγελματιών υγείας . Φαίνεται ότι πολλοί καρκινοπαθείς δεν ενημερώνονται για τις πιθανές αλλαγές που αναμένεται να προκύψουν κατά την διάρκεια των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. [7]

Μέχρι σήμερα, υπάρχουν πολλά εμπόδια, τα οποία περιορίζουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μεταξύ των ασθενών ΑΥAs. Αυτό συμβαίνει κυρίως από την έλλειψη ευαισθητοποίησης και των ασαφή διαγνώσεων και θεραπευτικών στρατηγικών, οι οποίες καθοδηγούν τη σωστή αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης της

ογκολογικής φροντίδας και της σεξουαλικότητας. Η ελλιπής επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και της θεραπευτικής ομάδας όσο αφορά την σεξουαλική δυσλειτουργία καθώς επίσης το περιορισμένο χρονικό διάστημα και η ιεράρχηση των κλινικά εμφανών ανεπιθύμητων επιπτώσεων που σχετίζονται με την θεραπεία αποτελούν επιπλέον λόγους για την καθυστέρηση της επίλυσης της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Επιπλέον, η πιθανή διαφορά ηλικίας και φύλου μεταξύ ασθενών και κλινικών ιατρών αλλά και η παρουσία μελών της οικογενείας κατά την ιατρική επίσκεψη συμβάλουν στην διαίωνιση του προβλήματος. [7]

Φαίνεται ότι οι θεραπευτικές μέθοδοι επηρεάζουν την παρουσία σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς AYAs. Συγκεκριμένα, η χορήγηση χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας προκαλούν αλλαγές στις ορμονικές εκκρίσεις, οι οποίες μεσολαβούν την σεξουαλική λειτουργία (οιστραδιόλη στις γυναίκες, τεστοστερόνη στους άνδρες). Η μείωση των οιστρογόνων στο γυναικείο φύλο οδηγεί σε πρώιμα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα που προκαλούν κολπική ξηρότητα και απώλεια κολπικής ελαστικότητας, εναλλαγές στην διάθεση, αίσθημα παλμών κ.α. Επιπλέον, η ορμονοθεραπεία ορισμένων τύπων καρκίνου όπως, ο καρκίνος του μαστού, η οποία αποτελεί την κεντρική θεραπευτική προσέγγιση μέσω μιας σειράς θεραπειών που περιλαμβάνει εκλεκτικούς ρυθμιστές υποδοχέων οιστρογόνων, αγωνιστές και ανταγωνιστές ορμόνης GnRH πιθανώς να προκαλέσει γοναδική ανεπάρκεια στην πλειονότητα των γυναικείων ασθενών. [7]

Εν τέλει, το θεραπευτικό πλάνο της σεξουαλικής δυσλειτουργίας συνιστάται να περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της κακοήθειας. Επιπλέον, προτείνεται η ύπαρξη αυξημένης ευαισθητοποίησης και καθοδήγησης ως προς την διατήρηση της σεξουαλικής λειτουργίας καθώς θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτιστοποίηση της ποιότητας θεραπείας. Συνεπώς, καθήκον των επαγγελματιών υγείας δεν αποτελεί μόνο η θεραπεία της ασθένειας αλλά και η φροντίδα της ποιότητας ζωής των ασθενών και η παροχή εκπαιδευτικής υποστήριξης για την σεξουαλική υγεία καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. [7]

4.3 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η χορήγηση χημειοθεραπείας για τον καρκίνο του μαστού συνήθως προκαλεί πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια και οι AYAs κατατάσσουν αυτήν την επίπτωση ως ένα κρίσιμο ζήτημα για την ποιότητα ζωής τους. Στην προσπάθεια διατήρησης της γονιμότητας τους, οι ασθενείς AYAs παραπέμπονται σε ενδοκρινολόγο για να μελετηθεί η πιθανότητα τεκνοποίησης μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Τα ποσοστά πρόωρης ωοθηκικής ανεπάρκειας φαίνεται να είναι υψηλότερα σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς >40 ετών που

λαμβάνουν χημειοθεραπεία με αλκυλιούντες παράγοντες. Όμως, η στειρότητα που προκαλείται στις ασθενείς με καρκίνο μαστού εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς, τις συννοσηρότητες, τον τύπο και την δόση της χημειοθεραπείας που χρησιμοποιείται. Επιπλέον, αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 57% έως 63% σε γυναίκες ≥ 40 ετών. Αποτελεσματικές στρατηγικές για την διατήρηση της γονιμότητας αποτελούν η κρυοσυντήρηση ωαρίων και εμβρύων όμως και οι δύο μέθοδοι είναι επεμβατικές και δαπανηρές. [2]

Όπως φαίνεται οι αγωνιστές απελευθέρωσης της ορμόνης γοναδοτροπίνης (GnRH), που χορηγούνται πριν και κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας προσφέρουν τη δυνατότητα διατήρησης της γονιμότητας, αν και τα δεδομένα που υπάρχουν είναι ανάμεικτα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Στις γυναίκες που δεν έλαβαν αγωνιστές GnRH η συχνότητα της πρόωρης ανεπάρκειας των ωοθηκών ήταν 30,9%, σε σύγκριση με το 14,1% των γυναικών που έλαβαν αγωνιστές GnRH. Όσον αφορά στις ασθενείς AYAs, μόνο το 8,3% παρουσίασε πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια όταν λάμβανε θεραπεία με αγωνιστές GnRH έναντι του 24,7% στις γυναίκες ≥ 40 ετών. Επομένως, οι αγωνιστές GnRH φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί για τις ασθενείς AYAs. Παρόλο, που χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για τα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά την χημειοθεραπεία, σύμφωνα με Cathcart-Rake et. al, 2021, το 10,3% των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών που έλαβαν αγωνιστές GnRH παρουσίασαν εγκυμοσύνη έπειτα από θεραπεία για τον καρκίνο μαστού, σε σύγκριση με το 5,5 % των γυναικών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία χωρίς αγωνιστές GnRH. [2]

Όσον αφορά τις ασθενείς AYAs που λαμβάνουν ενδοκρινική θεραπεία φαίνεται ότι η χρόνια χορήγηση της επηρεάζει την προσπάθεια διατήρησης γονιμότητας άρα και τον προγραμματισμό για επιτυχή εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες είναι πιθανόν να συλλάβουν ενώ λαμβάνουν θεραπεία με αναστολείς αρωματάσης σε συνδυασμό με την καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών. Όμως, η χορήγηση ταμοξιφαίνης οδηγεί σε τερατογεννέσεις επομένως, συνιστάται η διακοπή της ενδοκρινικής θεραπείας για τουλάχιστον 3 μήνες πριν την έναρξη των προσπαθειών σύλληψης. Επιπλέον, η χορήγηση TH καθώς και άλλων θεραπευτικών μεσών που κατευθύνονται από το HER2 μπορούν να καθυστερήσουν την τεκνοποίηση μετά τη διάγνωση του καρκίνου μαστού. Αυτοί οι παράγοντες χορηγούνται συνήθως για τουλάχιστον 12 μήνες. Όμως, υπάρχουν πιθανότητες να προκαλέσουν ολιγοϋδράμνιο (όγκος αμνιακού υγρού) και συνιστάται καθυστέρηση σύλληψης για τουλάχιστον 7 μήνες μετά την ολοκλήρωση θεραπείας. [2]

4.4 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ότι η ηλικία της μητέρας κατά τον πρώτο τοκετό έχει αυξηθεί κατά περίπου 5 έτη ενώ έχει επίσης αυξηθεί το ποσοστό γονιμότητας μεταξύ των γυναικών άνω των 35 ετών. Επομένως, λόγω της τάσης καθυστερημένης τεκνοποίησης, το ποσοστό των γυναικών που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης καθώς και το ποσοστό αυτών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν αφού υποβληθούν σε θεραπεία κατά του καρκίνου του μαστού φαίνεται να αυξάνονται. [8]

Ο καρκίνος του μαστού που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της κύησης (ή έως 1 έτος μετά τον τοκετό) έχει δυσμενή κλινικά παθολογικά χαρακτηριστικά όπως προχωρημένο στάδιο του όγκου, χαμηλή έκφραση υποδοχέα οιστρογόνων (ER) και υποδοχέα προγεστερόνης (PR), συγκρίνοντας τον με μη έγκυες γυναίκες με καρκίνο μαστού της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Η θεραπεία αυτών των γυναικών αποτελεί κρίσιμο ζήτημα διότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο η υγεία της ασθενούς όσο και του εμβρύου. Αυτό το γεγονός, περιορίζει τις θεραπευτικές μεθόδους όπως για παράδειγμα η χορήγηση χημειοθεραπείας δεν συνιστάται κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης ενώ δεν γίνεται χρήση ακτινοθεραπείας και ορμονικών θεραπειών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. [8]

Όπως φαίνεται η κύηση που συμβαίνει έπειτα από περισσότερο από 1 χρόνο μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν επηρεάζει την επιβίωση της. Όμως δεν είναι σαφές πόσο χρονικό διάστημα θα πρέπει να αναμένει μια γυναίκα, η οποία έχει υποβληθεί σε θεραπευτικό πρωτόκολλο πριν αρχίσει τις προσπάθειες τεκνοποίησης. Οι περισσότερες γυναίκες συμβουλευονται να αναβάλλουν την εγκυμοσύνη για τουλάχιστον 2 έτη μετά τη θεραπεία. Ο κύριος λόγος για αυτήν την σύσταση είναι η ανησυχία ότι οι ορμόνες της κύησης, ιδίως τα οιστρογόνα μπορεί να διεγείρουν τις αδρανείς μικρομεταστάσεις και ως εκ τούτου να επιδεινώσουν την επιβίωση των γυναικών. [8]

Σύμφωνα με την μελέτη Iqbal et. al, 2017, η οποία διεξήχθη στο Τορόντο για τη σύγκριση της συνολικής επιβίωσης των γυναικών που διαγνώστηκαν με καρκίνο μαστού κατά την κύηση ή μετά τον τοκετό με την επιβίωση εκείνων δίχως εγκυμοσύνη, προκύπτει ότι η εγκυμοσύνη δεν επηρέασε δυσμενώς την επιβίωση των γυναικών με καρκίνο μαστού. Επιπλέον, η κατάσταση των ER αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα που διαχωρίζει τον καρκίνο του μαστού μεταξύ των εγκύων γυναικών και μη εγκύων γυναικών. Ωστόσο, η

προσαρμογή των ER δεν επηρέασε τον κίνδυνο επιβίωσης. Όσο αφορά τις επιζήσαντες γυναίκες με καρκίνο μαστού, οι οποίες επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, ο κίνδυνος θανάτου είναι χαμηλότερος εάν η εγκυμοσύνη συμβεί τουλάχιστον 6 μήνες μετά την διάγνωση. [8]

4.5 ANTIΣΥΛΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη συνιστάται στις προεμμηνοπαυσιακές ΑΥAs ασθενείς, οι οποίες λαμβάνουν τερατογόνο χημειοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της ταμοξιφαίνης και TH. Τα συνηθισμένα αντισυλληπτικά μέσα, τα οποία περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη αντενδείκνυνται σε ασθενείς ΑΥAs με ορμονοευαίσθητους καρκινικούς όγκους στην περιοχή του μαστού. [2]

Από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί φαίνεται ότι τα αποτελέσματα της χρήσης της ενδομήτριας συσκευής προγεστίνης (Mirena), όσο αφορά την αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού είναι μεικτά. Συνεπώς, η ανησυχία για την προτίμησή της είναι αυξημένη ιδιαίτερα στις επιζώντες από ER+ καρκίνο μαστού . Οι επιζώντες συνιστάται να χρησιμοποιούν μη ορμονική αντισύλληψη. Οι αποδεκτές μορφές αντισύλληψης περιλαμβάνουν το χάλκινο σπирάλ, την ταυτόχρονη χρήση με δύο μορφές αντισύλληψης (μέθοδος φραγμού) ενώ για τις ασθενείς που δεν επιθυμούν να τεκνοποιήσουν υπάρχει και η μέθοδος της στείρωσης. Σε γυναίκες με ER- καρκίνο μαστού τα αντισυλληπτικά που περιέχουν οιστρογόνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση. [2]

4.6 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Οι έφηβες και νεαρές ενήλικες επιζήσαντες γυναίκες από καρκίνο μαστού αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις για την διατήρηση της ποιότητα ζωής τους συμπεριλαμβανομένων και των αλλαγών που προκύπτουν στην εικόνα του σώματος τους έπειτα από την ολοκλήρωση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων όπως για παράδειγμα, η μερική ή ολική απώλεια του μαστού. Γενικότερα, διαταραχές στην εικόνα σώματος συμβαίνουν όταν τα πρότυπα που ορίζουν την γυναικεία μορφή διαφέρουν πλέον από τους εσωτερικούς ορισμούς της κάθε γυναίκας και κατ' επέκταση της κοινωνίας. [9]

Όταν οι νεαρές επιζήσαντες γυναίκες από καρκίνο μαστού αναγκάζονται να προσαρμοστούν στις σημαντικές σωματικές αλλαγές κατά την διάρκεια της ευαίσθητης αναπτυξιακής περιόδου προσαρμογής, υπάρχει συχνά η αίσθηση της απώλειας γύρω από την φυσική λειτουργικότητα και την ελκυστικότητα τους. Θεωρείται ότι τα ζητήματα που αφορούν την εικόνα του σώματος τους προέρχονται από τις εξωτερικές, ορατές αλλαγές

περιλαμβάνοντας τη χειρουργική απώλεια ιστών στην περιοχή των μαστών, η εμφάνιση ουλών, η απώλεια του τριχωτού της κεφαλής που προκαλείται από την χορήγηση χημειοθεραπείας, η σημαντική αλλαγή στο ΔΜΣ και η βλάβη δέρματος (πχ. αποχρωματισμός) που προκαλείται από την ακτινοθεραπεία. Επιπλέον, πιθανόν να υπάρξουν σημαντικές αλλαγές μη ορατές όπως η απώλεια αίσθησης γύρω από τη θηλή και το στήθος. [9]

Συνεπώς, η αλλαγή της εμπειρία της οικείας αίσθησης του σώματος- εαυτού επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική τους ισορροπία προκαλώντας άγχος, κατάθλιψη, κόπωση και αναπτύσσει το αίσθημα του φόβου επανεμφάνισης της νεοπλασίας. Παρόλο που οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος θεωρούνται από τους επαγγελματίες υγείας δευτερεύον ζητήματα θα πρέπει να υπάρχει πλάνο προετοιμασίας και καθοδήγησης μέσω ψυχολογικών στρατηγικών ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη προσαρμογή της ασθενούς στην νέα πραγματικότητα. [9]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο « Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία τριάντα χρόνια , η ογκολογική νοσηλευτική έχει αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό. Καθώς η φροντίδα του καρκίνου συνεχίζει να εξελίσσεται, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στον τομέα της ογκολογίας είτε ως εξειδικευμένο ογκολογικό προσωπικό που παρέχει τις κλινικές υπηρεσίες είτε ως νοσηλευτής – ερευνητής που συμμετέχει σε πρωτοποριακές έρευνες. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές έχουν εξελιχθεί από γενικής φύσεως παροχείς φροντίδας με ελάχιστους τεχνολογικούς πόρους σε εξειδικευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές. Όμως, παρόλο που υπάρχει η εξέλιξη στην εκπαίδευση της νοσηλευτικής, η αύξηση της επιβάρυνσης του καρκίνου λειτουργεί ανασταλτικά στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει επειδή οι νοσηλευτικοί πόροι είναι περιορισμένοι σε σχέση με τον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο που χρήζει νοσηλευτική φροντίδα. [10]

Οι κλινικοί ογκολογικοί νοσηλευτές εκτελούν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, αξιολογούν την κλινική εικόνα των ασθενών, ενημερώνουν την ογκολογική ιατρική ομάδα φροντίδας ώστε να αναπτυχθεί ένα σχέδιο προσαρμογής στις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, η συχνή επαφή και επικοινωνία δημιουργεί ισχυρές και διαρκείς σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ογκολογικούς ασθενείς και με το οικογενειακό περιβάλλον τους, οι οποίοι απευθύνονται στο νοσηλευτικό προσωπικό αναζητώντας συμβουλές για τις κρίσιμες αποφάσεις, συναισθηματική επικύρωση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που έπεται να ακολουθήσουν. Συνεπώς, το ογκολογικό νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει κλινική ,συμβουλευτική φροντίδα και συναισθηματική υποστήριξη. [10]

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η νοσηλευτική φροντίδα εφήβων και ενήλικων ασθενών αποτελεί μια εξελισσόμενη ειδικότητα του ογκολογικού νοσηλευτικού κλάδου, η οποία απαιτεί συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση ως προς τις ανάγκες αυτής της ηλικίας 15 έως 39 ετών ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα ζωής τους. Σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές αναγνωρίζεται ότι οι ασθενείς

ΑΥAs αποτελούν ξεχωριστό πληθυσμό ογκολογικών ασθενών καθώς διαθέτουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες αντιμετώπισης.

Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό που παρέχει φροντίδα στους ασθενείς ΑΥAs απαιτείται να διαθέτει συγκεκριμένες νοσηλευτικές δεξιότητες εκτός από την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών κ.ά. Για παράδειγμα γνώσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιατρικών και ενήλικων τύπων καρκίνου που οδηγούν στην κατανόηση της μορφής καρκίνου που νοσεί ο συγκεκριμένος ασθενής. Έτσι παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια (πορεία, συμπτωματολογία, μακροπρόθεσμες επιπτώσεις κ.α.). Βασικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση και εξασφάλιση της βέλτιστης ποιότητας ζωής των ασθενών. Συνεπώς η παροχή χρόνου για ανάπτυξη επικοινωνίας, σεβασμού και οικειότητας μεταξύ νοσηλευτή, ασθενή και οικογενειακού περιβάλλον συμβάλει καταλυτικά στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς ΑΥAs. Επιπλέον, η έκφραση συναισθημάτων για τα ειδικά ζητήματα που τους απασχολούν διευκολύνει την συνεργασία της ιατρονοσηλευτικής ομάδας με τον ασθενή καθώς συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της πορείας της νόσου και των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που στοχεύουν στην ίαση και την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών ΑΥAs. [11]

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Κατά την περίοδο της αντιμετώπισης του καρκίνου μαστού το σύνολο των θεραπευτικών στρατηγικών (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανακουφιστική φροντίδα) εφαρμόζεται σε διαφορετικές ακολουθίες ή συνδυασμούς. Δεδομένου ότι σε όλη την πορεία της νόσου, υπάρχουν διακυμάνσεις στον τύπο, τη δόση και τη συχνότητα της θεραπείας, η κλινική διαχείριση των ασθενών με καρκίνο μαστού θα πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες σε όλα τα σημεία της διαδικασίας, διασφαλίζοντας την ολοκληρωμένη ποιότητα φροντίδας. [12]

Το νοσηλευτικό προσωπικό σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ογκολογικής ιατρικής ομάδας συμμετέχει στη συνεχή φροντίδα και στην κλινική διαχείριση των ασθενών παρέχοντας πληροφορίες, έχει πρόσβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις, πραγματοποιεί την χορήγηση ογκολογικών και συμπληρωματικών θεραπειών για την καταπολέμηση ανεπιθύμητων ενεργειών (πχ.. πόνου). Σε κάθε περίπτωση οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακολουθούν τα ενημερωμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα ώστε να αποφεύγεται η μεταβλητότητα στην κλινική πράξη δείχνοντας σεβασμό στη σωστή χορήγηση των ογκολογικών θεραπειών για την αποφυγή εμφάνισης τοξικότητας. Επιπλέον, θα πρέπει να αξιολογούν τους κλινικούς παραμέτρους για τους ασθενείς με καρκίνο μαστού όπως

συννοσηρότητες, την κατάσταση αποδοχής, διατροφής, πόνου, την τοξικότητα και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. [12]

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Σχολή Ογκολογίας και την Ευρωπαϊκή Εταιρία Ιατρικής Ογκολογίας για να επιτευχθεί ο στόχος της βελτίωσης των αποτελεσμάτων υγείας για τους ασθενείς με καρκίνο μαστού, συνιστάται διεπιστημονική ψυχολογική φροντίδα και εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών από την στιγμή της διάγνωσης. Συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να δίνει προσοχή στα ψυχολογικά ζητήματα των ασθενών και του οικογενειακού περιβάλλοντος τους σε όλη τη διαδικασία παρέχοντας σωστή επικοινωνία, κατάλληλες πληροφορίες σε κάθε στάδιο της θεραπείας. Επιπλέον, θα πρέπει να παρακολουθείται το επίπεδο άγχους των ασθενών έτσι ώστε οι ψυχολογικές ανωμαλίες να ανιχνεύονται σε πρώιμο στάδιο για να επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση τους. [12]

Επιπλέον, βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού αποτελεί η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την νόσο και τον τρόπο διαχείρισης της. Η εκπαίδευση που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς με καρκίνο μαστού έχει ως στόχο την αναγνώριση των διάφορων ανεπιθύμητων ενεργειών των θεραπευτικών πρωτοκόλλων καθώς και τις συνήθειες που προάγουν υγιεινή ζωή, οι οποίοι σχετίζονται με την διατροφή, σωματική άσκηση και την ανάπαυση. Σε προχωρημένο στάδιο της νόσου η εκπαίδευση θα πρέπει να επικεντρώνεται στη διαχείριση των συμπτωμάτων (πχ. πόνου, άγχους κ.α.), εφαρμόζοντας τη καλύτερη συνεχή φροντίδα. Αυτή η εκπαίδευση διεξάγεται είτε μεμονωμένα είτε ομαδικά. Καθώς, επίσης ο ογκολογικός εκπαιδευτικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει εκμάθηση και σε άλλους επαγγελματίες υγείας μέσω θεμάτων που αφορούν την φροντίδα των ασθενών. Αυτό ωφελεί επαγγελματίες υγείας σε κέντρα υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να γνωρίζουν τα πρωτόκολλα δράσης για τη σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων (πχ. πόνος). [12]

Τέλος, το έμπειρο ογκολογικό προσωπικό αναλαμβάνει τον ρόλο διαχείρισης υποθέσεων. Αυτό σημαίνει ότι, το συγκεκριμένο νοσηλευτικό προσωπικό εποπτεύει και αξιολογεί τις διάφορες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρονται στους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Επιπλέον, φροντίζει τα υλικοτεχνικά θέματα όπως την οργάνωση των ραντεβού, τον συντονισμό των συναντήσεων, την προσπάθεια μείωσης του χρόνου αναμονής. Εν τέλει, σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, συμμετέχει στην άμεση επικοινωνία με ασθενείς και οικογενειακό περιβάλλον, παρέχοντας πληροφορίες για την επακόλουθη διαδικασία περίθαλψης. [12]

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΖΗΣΑΝΤΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ.

Οι επιζώντες από καρκίνο αποτελούν έναν νέο πληθυσμό που απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα, η οποία ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες ανάγκες. Η φροντίδα επιβίωσης του καρκίνου εξετάζει το άτομο από την διάγνωση της νόσου. Η επιβίωση αποτελείται από τρία στάδια : (1) οξεία, (2) παρατεταμένη και (3) μόνιμη ή μακροπρόθεσμη επιβίωση. Όταν η νόσος υποχωρήσει, ο ασθενής θεωρείται ότι βρίσκεται σε φάση μόνιμης επιβίωσης, δηλαδή μακροπρόθεσμα επιζών καρκίνου (Long-term Survivor of Cancer (LSC)). Χρονικά, LSC θεωρείται ο επιζών που δεν έχει εμφανίσει νέα μορφή καρκίνου για περισσότερο από 5 χρόνια έπειτα από την ολοκλήρωση της θεραπείας και είναι απαλλαγμένος από συμπτώματα. Όμως, πιθανόν να υποφέρει από σωματικές, ψυχοκοινωνικές και σεξουαλικές συνέπειες εξαιτίας του καρκίνου. [13]

Οι επιζώντες καλούνται να αντιμετωπίσουν το αίσθημα του φόβου όσο αφορά την επανένταξη τους στην κοινωνία και να διαχειρίζονται τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην οξεία φάση της επιβίωσης. Αυτό σημαίνει ότι έχουν έντονη ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα. Φαίνεται ότι η νοσηλευτική παρέμβαση έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των επιζώντων από καρκίνο. Επομένως, θα πρέπει να παρέχεται ένα πολυεπιστημονικό πλάνο φροντίδας επιβίωσης, στο οποίο οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των επιζώντων και να προσφέρουν τρόπους διαχείρισης των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων του καρκίνου. Επιπλέον, οι κύριες Αμερικάνικες επιστημονικές εταιρίες (American Society of Clinical Oncology, Minnesota Cancer Alliance) έχουν προτείνει μοντέλα ολοκληρωμένης σχεδίασης φροντίδας επιβίωσης (SCP), στα οποία υπάρχει ενεργός συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας. [13]

Ο ολοκληρωμένος σχεδιασμός φροντίδας επιβίωσης είναι ένα έγγραφο, στο οποίο αναφέρεται μια περιγραφή της θεραπείας που είχε υποβληθεί ο ασθενής και περιλαμβάνει κατευθυντήριες οδηγίες για την πορεία της παρακολούθησης του, με στόχο την ολοκληρωμένη φροντίδα μακροπρόθεσμα. Επομένως, αποτελεί απαραίτητο στοιχείο ποιοτικής φροντίδας για τον καρκίνο στους επιζήσαντες. Το SCP περιλαμβάνει προηγμένους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβάνοντας τους νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής, οι

οποίοι θεωρούνται βασικοί πάροχοι φροντίδας έπειτα από την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επιπλέον, το πλάνο φροντίδας που χρησιμοποιείται για τους επιζώντες από καρκίνο εξαρτάται από το περιβάλλον, τη διάγνωση και την θεραπεία του καρκίνου, τους διαθέσιμους πόρους καθώς και πλήθος άλλων παραγόντων. [13]

Αναλυτικότερα, το SCP αποτελείται από τέσσερις διαδοχικές φάσεις όπου το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει ενεργά. Στη πρώτη φάση υπάρχει ο σχεδιασμός και η συλλογή δεδομένων όπου ο νοσηλευτής αναπτύσσει το αρχικό περιεχόμενο, το οποίο περιλαμβάνει την συμπλήρωση των ατομικών δεδομένων και του κλινικού ιστορικού κάθε ασθενούς. Στην δεύτερη φάση, η οποία εμφανίζεται στο χρονικό διάστημα μεταξύ της ολοκλήρωσης της ενεργούς θεραπείας και κατά τον πρώτο μήνα μετά το πέρας αυτής. Το SCP παραδίδεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου γίνεται συζήτηση του σχεδίου με τον επιζήσαντα ώστε να κατανοήσει το πλάνο φροντίδας καθώς γίνονται οι απαραίτητες προσαρμογές στις ατομικές ανάγκες, την ιεράρχηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων και τον καθορισμό των διαθέσιμων υποστηρικτικών πόρων που είναι διαθέσιμοι για τον επιζώντα. Στο τρίτο στάδιο της διαδικασίας το ολοκληρωμένο σχέδιο φροντίδας επιβίωσης αποστέλλεται στην παρεχόμενη πρωτοβάθμια περίθαλψη ώστε να ενημερωθεί για την κατάσταση του επιζώντα, ο οποίος όταν χρήζει περίθαλψης θα απευθύνεται στην συγκεκριμένη μονάδα παροχής υγειονομικής φροντίδας. Την εξειδικευμένη φροντίδα την παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην τελική φάση του SCP γίνεται παρακολούθηση του επιζώντα μέσω προγραμματισμένων επισκέψεων και συντονισμό του σχεδίου. Στο 23,6% των περιπτώσεων, τον ρόλο του συντονιστή αναλαμβάνει νοσηλευτής. [13]

Συμπερασματικά, το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί βασικό μέρος της φροντίδας των επιζώντων από καρκίνο. Αυτό φαίνεται επειδή συμμετέχει με διάφορους ρόλους και καθήκοντα σε όλες τις φάσεις του SCP (σχεδιασμό, παράδοση, παρακολούθηση και συντονισμό). Οι νοσηλευτές προηγμένης ογκολογίας απευθύνονται στις σωματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των επιζώντων από καρκίνο και έχουν την υποστήριξη της διεπιστημονικής ομάδας καθώς και την εμπιστοσύνη των επιζώντων, ώστε να προάγουν την βέλτιστη ποιότητα ζωής αυτού του ιδιαίτερου πληθυσμού. [13]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία ασχολείται με την ευημερία του ατόμου. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής εξαρτάται πέρα του δείκτη θνητότητας και από την υποκειμενική αξιολόγηση του ασθενούς στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχικής ευεξίας και της κοινωνικής ευημερίας μέσω διάφορων μοντέλων αξιολόγησης, όπου ο ασθενής καλείται να βαθμολογήσει με τη καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού τους παραμέτρους που αφορούν αυτούς τους τομείς.

Οι έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες με καρκίνο μαστού (AYAs) πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ιδιαίτερη και ξεχωριστή οντότητα από το επιστημονικό-ιατρικό περιβάλλον διότι διαφέρουν σε ποικίλα σημεία από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες όπως στην βιολογία της νόσου τους, την αναπτυξιακή τους κατάσταση, την θεραπευτική αντιμετώπιση κ.α. Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά επιβίωσης των AYAs με καρκίνο μαστού έχουν αυξηθεί σημαντικά συνεπώς, προκύπτει ένα νέο κοινωνικό σύνολο, το οποίο χρήζει ειδικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης διότι καλείται να αντιμετωπίσει ειδικά θέματα ποιότητας ζωής. Όπως για παράδειγμα την σεξουαλική λειτουργία, την διατήρηση της γονιμότητας, την εγκυμοσύνη καθώς και την αποδοχή της εικόνας του σώματος τους, η οποία έχει υποστεί εμφανείς αλλά και αισθητηριακές αλλαγές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει βασικό ρόλο στον τομέα της ογκολογίας. Τα καθήκοντα των εξειδικευμένων ογκολογικών κλινικών νοσηλευτών περιλαμβάνουν την εκτέλεση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την αξιολόγηση της κλινικής εικόνας των ασθενών καθώς και τη συχνή επαφή και επικοινωνία με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και επομένως την συμβουλευτική και ψυχολογική φροντίδα. Παρόλο, που η σπουδαιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σήμερα αναγνωριστεί, οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι σε σχέση με τις αυξημένες ανάγκες των ασθενών δημιουργούν συμφόρηση που εμποδίζει την επιτυχή εκτέλεση του πλάνου φροντίδας του κάθε ασθενούς. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση των νοσηλευτών ώστε να αυξηθεί το εξειδικευμένο προσωπικό για τον καλύτερο συντονισμό και την βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες των ογκολογικών ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan TH, Hipp HS, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*
2. Cathcart-Rake EJ, Ruddy KJ, Bleyer A, Johnson RH. Breast Cancer in Adolescent and Young Adult Women Under the Age of 40 Years. *JCO Oncology Practice*. 2021 Jun;17(6):305–13.
3. Nardin S, Mora E, Varughese FM, D’Avanzo F, Vachanaram AR, Rossi V, et al. Breast Cancer Survivorship, Quality of Life, and Late Toxicities. *Frontiers in Oncology*. 2020 Jun 16;10.
4. Flatters S, Doughetty P, Colvin L. Clinical and preclinical perspectives on Chemotherapy- Induced Peripheral Neuropathy (CIPN): a narrative review. *BJA: British Journal of Anaesthesia*. 2017 Aug;17(4):737-49.
5. Invernizzi M, Lopez G, Michelotti A, Venetis K, Sajjadi E, et al. Integrating Biological Advances Into the Clinical Management of Breast Cancer Related Lymphedema. *Forties in Oncology*. 2020 Apr 02;10.
6. Joly F, Lange M, Dos Santos M, Vaz-Luis I, Meglio A. Long- Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. *MDPI Cancers*. 2019 Nov 28;10.3390
7. Peleg Neshar S, Luria M, Shachar E, Percik R, Shoshany O, Wolf I. Sexual dysfunction among adolescent and young adult cancer patients: diagnostic and therapeutic approach. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care* [Internet].

2022 Jun [cited 2022 Jun 19];16(2):83–91. Available from:

https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Fulltext/2022/06000/Sexual_dysfunction_among_adolescent_and_young.7.aspx

8. Iqbal J, Amir E, Rochon P, Giannakeas V, Sun P, Narod . Association of the Timing of Pregnancy With Survival in Women With Breast Cancer. *JAMA Oncolog*. 2017 Mar 09;3(5):669-665.
9. Hungr C, Sanchez-Varela V, Bober SL. Self-Image and Sexuality Issues among Young Women with Breast Cancer: Practical Recommendations. *Revista de investigacion Clínica*. 2017 Apr 24;69(2).
10. Cummings.G, Lee S, Tate K. The evolution of oncology nursing: Leading the path to change. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2018.
11. Morgan.S, Soanes.L. Nursing young people with cancer : What is “different” about it?. *Société Française du Cancer*. 2016.
12. Vila C, Renones C, Ferro T, Penuelas M, Jimenez M, Rodriguez – Lescure A, Munoz M, Colomer R. Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: Review and recommendations. *Clin Trans Oncol* (2017) 19.251-260.
13. Rodriguez N, Ambrosio L, Rosa- Salas V, Domingo- Osle, Garcia- Vivar C. Role of the nurse in the design, delivery, monitoring and coordination of cancer survivorship care plans: An integrative review. *Jon Wiley& sons Ltd*. 2021;00:1-15