

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Επούλωση κατά πρώτο σκοπό

- Φάση φλεγμονής
- Φάση επιθηλιοποίησης
- Φάση ινοπλασίας

Επούλωση κατά δεύτερο σκοπό

- Ανάπτυξη κοκκιάδους ιστού
- Συστολή τραύματος

Επούλωση κατά τρίτο σκοπό

Παράγοντες ανασταλτικοί της επούλωσης

- Τοπικοί
- Γενικοί

Βασικές αρχές συρραφής τραύματος

Επούλωση είναι μια σειρά από πολύπλοκες διαδικασίες που διεγείρονται με την κάκωση και αποσκοπούν στην αποκατάσταση της ακεραιότητας ιστών και οργάνων. Η επούλωση είναι δυνατή με το σχηματισμό συνδετικού ιστού και ουλής και διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες: κατά πρώτο, δεύτερο και τρίτο σκοπό, ανάλογα με το είδος του τραύματος, την απώλεια ή όχι ιστού και την παρουσία ή όχι λοίμωξης.

Επούλωση *κατά πρώτο σκοπό* επισυμβαίνει σε ένα καθαρό τραύμα, όπως το χειρουργικό, που συρράπτεται αμέσως.

Κατά δεύτερο σκοπό επούλωση γίνεται όταν υπάρχει απώλεια ιστού ή όταν το τραύμα δε συρραφτεί, οπότε υπάρχει διάσταση μεταξύ των χειλέων του.

Επούλωση *κατά τρίτο σκοπό* έχουμε όταν το τραύμα συγκλεισθεί 4-5 ημέρες μετά τον τραυματισμό.

Η επούλωση διακρίνεται σε τρεις φάσεις:

1. Φάση φλεγμονής
2. Φάση επιθηλιοποίησης
3. Φάση ινοπλασίας και σχηματισμού ουλής

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΠΡΩΤΟ ΣΚΟΠΟ

Φάση φλεγμονής (1- 4 ημέρες)

Αμέσως μετά την κάκωση στο τραύμα επισυμβαίνει αγγειοσύσπαση που σταματά την αιμορραγία. Μετά από 5-10 λεπτά ακολουθεί αγγειοδιαστολή και πλάσμα διαφεύγει από τα φλεβίδια στους γύρω ιστούς μαζί με πολυμορφοπύρρηνα και μονοκύτταρα που φαγοκυτταρώνουν τα υπολείμματα των κατεστραμένων κυττάρων και τα πήγματα. Στις πρώτες φάσεις της αντίδρασης προεξάρχουν τα πολυμορφοπύρρηνα, αλλά αν η φλεγμονή διαρκέσει,

επικρατούν τα μονοπύρηνια. Τα κύτταρα αυτά φαγοκυτταρώνουν νεκρώματα και προάγουν τη σύνθεση κολλαγόνου. Στις χρόνιες φλεγμονές συχνότερα είναι τα φαγοκύτταρα που συνενώνονται για να σχηματίσουν γιγαντοκύτταρα.

Η φλεγμονώδης αντίδραση περιορίζεται αρχικά με την απόφραξη των λεμφαγγείων με ινική. Στην συνέχεια παράγεται η φμπρονεκτίνη, μια γλυκοπρωτεΐνη ,που προκαλεί συγκόλληση ινικής, ινοβλαστών και κολλαγόνου ,εξασφαλίζοντας τον μόνιμο περιορισμό της αντίδρασης.

Η πρόιμη αγγειακή αντίδραση (αγγειοδιαστολή και αύξηση διαπερατότητας) οφείλεται στην ισταμίνη, που απελευθερώνεται από τα ιστιοκύτταρα , ενώ η όψιμη οφείλεται στις προσταγλανδίνες E1 και E2.Σημαντικό ρόλο στην προσέλκυση φαγοκυττάρων και ινοβλαστών στην περιοχή της βλάβης παίζει ο αυξητικός παράγοντας των αιμοπεταλίων (PDGF).

Φάση επιθηλιοποίησης

Το επιθήλιο αναγεννάται ταχύτατα και μέσα σε 48 ώρες καλύπτει σα λεπτό στρώμα ένα καθαρό τραύμα. Η επιθηλιοποίηση ξεκινά με μίτωση των βασικών κυττάρων της επιδερμίδας και ακολουθείται από μετανάστευση του επιθηλίου μέσα στα χείλη του τραύματος και πάνω από την τομή. Με την ωρίμανση του τραύματος το επιθήλιο παχύνεται.

Φάση ινοπλασίας

Μέσα σε 24 ώρες από την στιγμή της κάκωσης, ινοβλάστες από τον υποδόριο ιστό μεταναστεύουν μέσα στο τραύμα, παράγοντας τα δύο βασικά στοιχεία της επούλωσης : κολλαγόνο και θεμέλια ουσία. Η ωρίμανση του κολλαγόνου περιλαμβάνει δύο επεξεργασίες : α) διαπλοκή των ινών και β) επαναδιαμόρφωση της κατεύθυνσης των δεσμίδων του. Η διαπλοκή και διασταύρωση των δεσμίδων κολλαγόνου εξασφαλίζει την στερεή επούλωση του τραύματος. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η ουλή είναι ερυθρή και υπερτροφική και η εμφάνιση χηλοειδών συχνή. Η τελική μορφή της ουλής διαμορφώνεται στο τέλος του έτους, οπότε και διενεργείται οποιαδήποτε διορθωτική επέμβαση .

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΚΟΠΟ

Επισυμβαίνει όταν υπάρχει απώλεια ιστού και χάσμα μεταξύ των χειλέων του τραύματος και περιλαμβάνει ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και συρρίκνωση του τραύματος.

Ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού

Πρόκειται για παραλλαγή της φλεγμονώδους αντίδρασης, που προφυλάσσει από την εισβολή μικροβίων και παρέχει μια υγιή βάση για την ανάπτυξη επιθηλίου. Το γεμάτο από πήγματα και ινική τραύμα καθαρίζεται από τα φαγοκύτταρα. Εμφανίζονται άφθονα τριχοειδή και ινοβλάστες, οπότε αναπτύσσεται ταχέως αγγειακό δίκτυο για τη μεταφορά αίματος και θρεπτικών ουσιών, ενώ παράλληλα αρχίζει η εναπόθεση ινών κολλαγόνου. Μέσα σε 4-6 ημέρες εμφανίζεται ροδόχρους κοκκιώδης ιστός ,ο οποίος αποτελεί τη βάση του επιθηλίου που

προχωρεί από τα χείλη του τραύματος. Η ινοπλασία συνεχίζεται ώσπου στο τέλος σχηματίζεται μια λευκή ουλή καλυμμένη από λεπτό επιθήλιο.

Συστολή τραύματος

Η συστολή είναι η διαδικασία με την οποία ελαττώνεται το μέγεθος του τραύματος, όταν υπάρχει απώλεια ιστού. Στη συστολή, που εμφανίζεται νωρίς στη διαδικασία της επούλωσης, γίνεται κεντρομόλος μετακίνηση του δέρματος με μηχανισμό που δεν είναι απολύτως σαφής. Πιθανόν να οφείλεται σε συστολή των ινών κολλαγόνου ή στη δράση συσταλτών κυττάρων του κοκκιώδους ιστού.

Η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό απαιτεί ισορροπία μεταξύ ανάπτυξης κοκκιώδους ιστού και επιθηλιοποίησης. Σε περίπτωση διαταραχής της ισορροπίας αυτής, μπορούμε να επέμβουμε, είτε υποβοηθώντας την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού (πιεστική επίδεση με βαζελινούχες γάζες) είτε εμποδίζοντας την (τοπική εφαρμογή κορτιζόνης). Η ουλή που προκύπτει στην επούλωση κατά δεύτερο σκοπό, είναι κατά κανόνα ρικνωτική και δύσμορφη.

Στη επούλωση κατά δεύτερο σκοπό εντάσσεται και η κατηγορία τραυμάτων όπου η καταστροφή του δέρματος δεν αφορά όλο το πάχος του (εγκαύματα και τραύματα μερικού πάχους). Εδώ η επούλωση γίνεται μόνο με επιθηλιοποίηση και η ουλή που προκύπτει είναι κατά κανόνα καλής ποιότητας χωρίς ρίκνωση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΤΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ

Τοπικοί

Ισχαιμία: Η οξυγόνωση είναι ο βασικότερος παράγοντας για τη σύνθεση κολλαγόνου και συνεπώς για την επούλωση. Η καλή οξυγόνωση εξαρτάται από την μερική πίεση του O_2 και τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος. Η επούλωση διαταράσσεται από τη σφιχτή επίδεση και την μικροαγγειοπάθεια στους υπερήλικες και τους διαβητικούς.

Αιμάτωμα: Ο σχηματισμός αιματώματος επιβραδύνει την επούλωση δημιουργώντας διάσταση μεταξύ των τραυματικών επιφανειών καθώς και προδιάθεση για λοίμωξη.

Λοίμωξη: Το αίμα και τα προϊόντα του αποτελούν άριστο θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη μικροβίων. Η παρουσία ξένων σωμάτων ευνοεί την εμφάνιση λοίμωξης, το ίδιο και η κακή αιμάτωση των ιστών.

Κακή χειρουργική τεχνική: Είναι δυνατόν να δημιουργήσει αιματώματα, νεκρούς χώρους, κακή αιμάτωση και επομένως προδιάθεση για λοίμωξη.

Ακτινοβολία: Προκαλεί ίνωση και συνεπώς εμποδίζει την ανάπτυξη αγγείων.

Γενικοί

Ηλικία: Ο μεταβολισμός των πρωτεϊνών επιβραδύνεται με την πάροδο του χρόνου, το ίδιο και η επούλωση

Διατροφή: Η κακή διατροφή επηρεάζει δυσμενώς την επούλωση διότι εμποδίζει την σύνθεση κολλαγόνου και θεμέλιας ουσίας. Οι βιταμίνες (A,C και D) και τα ιχνοστοιχεία είναι θεμελιώδους σημασίας για την επούλωση γι' αυτό και επιβάλλεται η αναπλήρωση τους με εντερική ή παρεντερική διατροφή σε σοβαρά ελλείμματα και βαριά τραυματισμένους.

Διαβήτης: Αναστέλλει την επούλωση με πολλούς μηχανισμούς: α) υποξία λόγω της μικροαγγειοπάθειας β) ελαττωμένη σύνθεση κολλαγόνου γ) διαταραχή λειτουργίας λευκών αιμοσφαιρίων (χημειοταξία, φαγοκυττάρωση). Η χορήγηση ινσουλίνης βελτιώνει την επούλωση ιδιαίτερα στις πρώτες φάσεις αυτής.

Σήψη: Η επούλωση επιβραδύνεται πιθανώς μέσω ελαττώσεως της παραγωγής κολλαγόνου. Η περεντερική διατροφή βελτιώνει την επούλωση σε σηπτικούς ασθενείς.

Στεροειδή: Τα στεροειδή ελαττώνουν την ισχύ τάσης, επιβραδύνουν την επιθηλιοποίηση και αναστέλλουν τη συστολή του τραύματος. Η δράση τους είναι εντονότερη τις 4 πρώτες ημέρες μετά την κάκωση και μπορεί να ανασταλεί με χορήγηση βιταμίνης A.

Κυτταροτοξικά φάρμακα: Αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών και τη σύνθεση κολλαγόνου.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η σωστή συρραφή του τραύματος πρέπει να γίνεται κατά στρώματα:

1. **Μυϊκό στρώμα:** Πρέπει να γίνεται με απορροφήσιμα ράμματα σε σχήμα X με επιφανειακά κείμενο κόμπο.

2. **Απονεύρωση:** Μεμονωμένα απορροφήσιμα ράμματα με επιφανειακό κόμπο.

3. **Υποδόριο στρώμα:** Μεμονωμένα απορροφήσιμα ράμματα με στόχο την αποφυγή δημιουργίας κοιλότητας.

4. **Επιδερμίδα:** Βασική αρχή της συρραφής αυτού του στρώματος η ακριβής συμπλησίαση του χορίου. Αυτή μπορεί να γίνει με:

-Μεμονωμένα απορροφήσιμα ράμματα

-Ενδοδερμική ραφή

Για την χόριο-επιδερμική συμπλησίαση συχνότερα χρησιμοποιούμενα είναι τα μεμονωμένα ράμματα. Τα *ράμματα κατά Blair-Donati* χρησιμοποιούνται σε τραύματα με σχετική τάση. Πρόκειται για διπλή διέλευση του ράμματος καταρχάς εξ' αποστάσεως και στη συνέχεια πλησίον των χευλών του τραύματος. Τα *στηρικτικά ράμματα* μοιάζουν με τα προηγούμενα με τη διαφορά ότι τοποθετούνται σε μεγαλύτερη απόσταση από τα χείλη του τραύματος, ενώ γάζες τοποθετούνται όπου τα ράμματα έρχονται σε επαφή με το δέρμα. Τέλος τα *ράμματα έλξεως* είναι μεμονωμένα ισχυρά ράμματα που χρησιμοποιούνται για συρραφή τραύματος με τάση.

Συμπερασματικά:

-Η ποιότητα της συρραφής εξαρτάται από τη σωστή συμπλησίαση χωρίς εφίπτευση των εν τω βάθει στρωμάτων και του χορίου.

-Η ενδοδερμική ραφή είναι μέθοδος εκλογής

-Όταν η τάση στα χείλη του τραύματος είναι σημαντική *τα ράμματα πρέπει να παραμείνουν 8-10 ημέρες.*

-Η καλύτερη ουλή δημιουργείται όταν η κατεύθυνση της είναι παράλληλη προς τις γραμμές ελάχιστης τάσης του δέρματος

Περιποίηση τραύματος

Επικάλυψη Σκοπός η προστασία από τη λοίμωξη. Γίνεται με αποστειρωμένες γάζες. Συμπληρωματικά χορηγείται αντιμικροβιακή αγωγή από το στόμα και τοπικά. Η αλλαγή της επικάλυψης γίνεται μετά τις 48 ώρες.

Αφαίρεση ραμμάτων

Διενεργείται μεταξύ 5^{ης} και 15^{ης} ημέρας. Στα τραύματα προσώπου η αφαίρεση επισπεύδεται (4^η-5^η ημέρα) για λόγους αισθητικής, ενώ στον κορμό γίνεται την 7^η-10^η ημέρα. Σημαντικός παράγοντας στην απόφαση αφαίρεσης των ραμμάτων είναι η ύπαρξη τάσης καθώς και όλες οι καταστάσεις που επηρεάζουν την επούλωση

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Λοίμωξη

Τα τραύματα που επουλώνονται κατά πρώτο σκοπό εμφανίζουν μικρή πιθανότητα λοίμωξης (κατηγορία τραυμάτων I και II) .Αντίθετα τα επουλωθέντα κατά δεύτερο σκοπό εμφανίζουν πιθανότητα επιμόλυνσης μέχρι και 50%.Εναλλακτική λύση στην απευθείας συρραφή είναι η *καθυστερημένη απευθείας συρραφή* ,όπου το τραύμα παραμένει ανοιχτό ,επικαλυμμένο με γάζα που αλλάζει τρεις φορές την ημέρα μέχρι να απομακρυνθούν τα νεκρώματα και να ξεκινήσει η διαδικασία της επιθηλιοποίησης. Αυτό συνήθως γίνεται την 3^η-5^η ημέρα οπότε το τραύμα συρράπτεται.

Σε περίπτωση εμφάνισης λοίμωξης (ερυθρότητα ,πόνος, πυρετός) επιβάλλεται αφαίρεση ραμμάτων και διερεύνηση του τραύματος, καθαρισμός των μολυνθέντων ιστών και χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής



Σε ποιες γυναίκες είναι πιο συχνός ο καρκίνος του μαστού;

1. Σε γυναίκες με όψιμη (μετά τα 30-35 έτη) πρώτη τελειόμηνη κύηση.
2. Σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια.
3. Σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.
4. Σε γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή και με όψιμη εμμηνόπαυση.
5. Καρκίνος στον ένα μαστό συνεπάγεται αυξημένη πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού από καρκίνο.

Πότε η ινοκυστική νόσος του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του μαστού;

Όταν χαρακτηρίζεται από άτυπη επιθηλιακή υπερπλασία ή θηλωμάτωση.

Πόσος είναι ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων του μαστού;

Ποικίλλει α) στους ταχέως αναπτυσσόμενους όγκους μερικές εβδομάδες, β) στους βραδέως αναπτυσσόμενους όγκους 1 χρόνος.
Αν υποθέσουμε πως ο χρόνος διπλασιασμού είναι 100 μέρες και αν δεχθούμε πως ο καρκίνος του μαστού αρχίζει από κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου, για να φθάσει ο καρκίνος σε κλινικά ανιχνεύσιμο μέγεθος δηλ. 1 cm θα πρέπει να περάσουν 8 ολόκληρα χρόνια.

Που εντοπίζεται συνήθως ο καρκίνος του μαστού;

Το 50% των καρκίνων του μαστού εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού, πιθανότατα επειδή το τεταρτημόριο αυτό περιέχει τον μεγαλύτερο όγκο μαζικού ιστού.

Ποια είναι τα κλινικά χαρακτηριστικά του προχωρημένου καρκίνου του μαστού;

1. Οίδημα, ερυθρότητα ή εξέλκωση του υπερκείμενου δέρματος.
2. Μεγάλος όγκος με συμφύσεις προς το δέρμα ή προς το μείζονα θωρακικό μυ.
3. Σημαντικές διογκώσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων.
4. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου.
5. Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Πως αξιολογούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες σε καρκίνο του μαστού;

1-2 κινητοί, μαλακοί λεμφαδένες διαμέτρου κάτω των 5 mm συνήθως δεν αξιολογούνται. Σκληροί λεμφαδένες, διαμέτρου άνω των 5 mm, περιέχουν συνήθως μεταστάσεις. Η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων σχετίζεται άμεσα με την πενταετή επιβίωση:

Μασχαλιαίοι Λεμφαδένες	Πενταετής επιβίωση
Αρνητικοί	78%
1-3 Θετικοί	62%

> 4 Θετικοί

32%

Τι είναι το καρκίνωμα PAGET;

Διηθητικό - ενδοσωληνώδες καρκίνωμα του μαστού. Εκδηλώνεται με αίσθημα καύσου και κνησμού (Διαφορική διάγνωση από έκζεμα). Αποτελεί το 1% των καρκίνων του μαστού.

Ποια είναι η πιο κακοήθης μορφή καρκίνου του μαστού;

Το φλεγμονώδες καρκίνωμα. Αποτελεί το 3% των καρκίνων του μαστού. Οφείλεται σε καρκινική διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος του μαστού, με αποτέλεσμα οίδημα του δέρματος και υπεραιμία του δέρματος. Χαρακτηριστικά το φλεγμονώδες καρκίνωμα (ή καρκινωματώδης μαστίτιδα) δεν υποχωρεί με τα αντιβιοτικά.

Ποια είναι η συχνότητα του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας;

1-2% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού (1 περίπτωση στις 3000 κυήσεις).

Ποια είναι η συχνότητα αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού;

Καρκίνος του μαστού ταυτόχρονα και στους δυο μαστούς παρουσιάζεται σε ποσοστό 1% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Η συχνότητα όμως μεταγενέστερης προσβολής και του άλλου μαστού από καρκίνο είναι 5-8% και γι' αυτό συνιστάται η παρακολούθηση (με μαστογραφία) και του άλλου μαστού μετά από μαστεκτομή.

Σημ. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού συμβαίνει πιο συχνά 1) σε γυναίκες κάτω των 50 ετών και 2) σε γυναίκες, των οποίων ο αρχικός όγκος ήταν λοβώδους τύπου.

Σε ποιες εξετάσεις πρέπει να υποβληθεί μια γυναίκα πριν υποβληθεί σε μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού;

Η μαστεκτομή δεν έχει θέση αν ο καρκίνος έχει ήδη δώσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Επομένως, οι εργαστηριακές εξετάσεις στοχεύουν στην ανίχνευση τέτοιων μεταστάσεων.

1. Αιματολογικές εξετάσεις: α. Τριψήφια ΤΚΕ υποδηλώνει γενικευμένο καρκίνο. β. Αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού υποδηλώνει ηπατικές ή οστικές μεταστάσεις. γ. Υπερασβεστιαμία μπορεί να σημαίνει εκτεταμένες οστικές μεταστάσεις. δ. ↑ γ-γλουτομυλ-τρανσπεπτιδάσης υποδηλώνει ηπατικές μεταστάσεις.
2. Ακτινολογικές εξετάσεις: α. Η ακτινογραφία θώρακα μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις. β. Η αξονική τομογραφία μπορεί να αποκαλύψει ηπατικές ή εγκεφαλικές μεταστάσεις.
3. Σπινθηρογράφημα οστών με Tc99m μπορεί να αποκαλύψει οστικές μεταστάσεις.

Ποιες είναι οι ενδείξεις της μαστογραφίας;

Σήμερα εφαρμόζεται η μαστογραφία χαμηλής δόσης, κατά την οποία ο εξεταζόμενος μαστός λαμβάνει λιγότερο από 1 rad.

1. Παρακολούθηση του άλλου μαστού μετά από μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού.
2. Εξακρίβωση της φύσεως αμφισβητούμενης μάζας στο μαστό.
3. Παρακολούθηση γυναικών με μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.

Ποια είναι η σημασία των ορμονικών υποδοχέων στον καρκίνο του μαστού;

Το 60% των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού ανταποκρίνονται σε ορμονικούς χειρισμούς (=χορήγηση ταμοξιφένης ή αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή) αν τα καρκινικά κύτταρα διαθέτουν οιστρογονικούς υποδοχείς. Το 80% εξ άλλου των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού ανταποκρίνονται στη χορήγηση μεγάλων δόσεων προγεστερόνης, αν τα καρκινικά κύτταρα διαθέτουν προγεστερονικούς υποδοχείς.

Σημ. Η παρουσία θετικών ορμονικών υποδοχέων υποδηλώνει διαφοροποίηση των καρκινικών κυττάρων και άρα μη καλή ανταπόκριση τους στην χημειοθεραπεία. Αντίθετα καρκινικά κύτταρα με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς είναι αδιαφοροποίητα και άρα πιο ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία.

Τι περιλαμβάνει η ριζική μαστεκτομή;

Αφαίρεση του μαστού, του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός και των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Τι περιλαμβάνει η συμπληρωματική χημειοθεραπεία;

Το σχήμα CMF (κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη, φθοριοουρακίλη).

Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία μειώνει την πιθανότητα υποτροπής του καρκίνου μόνο στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες - όχι στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Συνήθως οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο μαστού έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και άρα ανταποκρίνονται σε ορμονικούς χειρισμούς.

Ποια είναι η πενταετής επιβίωση ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού;

Στάδιο καρκίνου του μαστού	Πενταετής επιβίωση
I	85%
II	66%
III	41%
IV	10%

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του ινοαδενώματος του μαστού;

Είναι καλοήθης όγκος που εμφανίζεται σε νέα κορίτσια (~20 ετών περίπου).
Είναι πολύ ευκίνητος.

Ποιο νεόπλασμα του μαστού δίδει αιμορραγική ρύση από την θηλή;

Το ενδοσωληνώδες θήλωμα.

Ποιες είναι οι ενδείξεις της υπολικής θυρεοειδεκτομής;

1. Πολύ μεγάλη βρογχοκήλη.
2. Πολυοζώδης βρογχοκήλη με σχετικά μικρή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου.
3. Θυρεοειδικός όζος ύποπτος για κακοήθεια.
4. Αδυναμία του υπερθυρεοειδικού ασθενούς να συμμορφωθεί και να ακολουθήσει συντηρητική αγωγή με αντιθυρεοειδικά φάρμακα ή με ραδιενεργό ιώδιο (π.χ. μικρά παιδιά, έγκυες, γυναίκες κλπ).
5. Αποτυχία της συντηρητικής αγωγής.

Τι πρέπει να περιλαμβάνει η προεγχειρητική προετοιμασία ενός υπερθυρεοειδικού ασθενούς;

1. Χορήγηση ιωδίου με την μορφή ιωδιούχου καλίου (2-5 σταγόνες διαλύματος ιωδιούχου καλίου - Iugol - χορηγούνται καθημερινά για 10-15 μέρες.
2. Χορήγηση προπυλθειουρακίλης.
Με την ανωτέρω αγωγή μειώνεται σημαντικά η αγγειοβρίθεια του θυρεοειδούς και έτσι διευκολύνεται η αφαίρεσή του.

Τι πρέπει να κάνουμε αν ένας υπερθυρεοειδικός ασθενής χρειασθεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση λόγω σκωληκοειδίτιδας ή περιτονίτιδας;

Θα χορηγήσουμε σε συνδυασμό Iugol και προπρανολόλη, για να προλάβουμε τη θυρεοτοξική κρίση κατά την διάρκεια της εγχείρησης. (Η εγχείρηση μπορεί να προκαλέσει απότομη απελευθέρωση μεγάλων ποσών θυρεοειδικών ορμονών, με αποτέλεσμα μεγάλη ταχυκαρδία και αύξηση του βασικού μεταβολισμού).

Σημ. Η προπρανολόλη είναι β-αναστολέας που ανταγωνίζεται τις περιφερειακές εκδηλώσεις της θυρεοτοξίκωσης (ως γνωστόν, οι θυρεοειδικές ορμόνες ευαισθητοποιούν τους β-υποδοχείς του συμπαθητικού στη δράση του κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα ταχυκαρδία). Επίσης η προπρανολόλη εμποδίζει την εξωθυρεοειδική μετατροπή της T4 στην πολύ δραστικότερη T3.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του εξωφθάλμου στον υπερθυρεοειδισμό;

1. Συστολή του άνω βλεφάρου.
2. Εκχυμώσεις στον επιπεφυκότα.
3. Παραλύσεις οφθαλμοκινητικών μυών.