

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

## Καλύτερο «όπλο» η έγκαιρη διάγνωση



**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**  
Του **ΧΡΗΣΤΟΥ**  
**ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ**  
αναπληρωτή καθηγητή  
Χειρουργικής, προέδρου  
και ιδρυτή της Ελληνικής  
Χειρουργικής Εταιρείας  
Μαστού

**Η ΜΑΣΤΟ-****ΓΡΑΦΙΑ**

Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ιδιαίτερα με τους σημερινούς μαστογράφους «καμπλής δόσης», είναι μηδαμινός, ιδιαίτερα όταν συγκριθεί με τα οφέλη από την έγκαιρη διάγνωση που προσφέρει η μαστογραφία.

**Ο** ΚΑΡΚΙΝΟΣ του μαστού είναι ένα αρκετά συχνό νόσημα. Σε διεθνές επίπεδο μία στις εννέα γυναίκες εμφανίζει κατά τη διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού, ενώ κάθε χρόνο πάνω από 1.300.000 γυναίκες αναμένεται να διαγνωστούν παγκόσμια με καρκίνο του μαστού, που είναι σήμερα η πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου (27,4%) στον γυναικείο πληθυσμό.

Στην Ελλάδα η κατάσταση ακολουθεί, φυσικώς, τον παγκόσμιο κανόνα, με μία Ελληνίδα να διαγιγνώσκεται με τη νόσο κάθε μία εργάσιμη ώρα και κάθε έξι ώρες μία να χάνει τη ζωή της εξαιτίας της.

Το κυριότερο όπλο στη μάχη ενάντια στον καρκίνο του μαστού είναι η «έγκαιρη διάγνωση». Όσο νωρίτερα διαγνωστεί ένας καρκίνος του μαστού, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για επιτυχημένη θεραπεία.

Στις μικρές ηλικίες, κάτω των 35 ετών, μία γυναίκα καλό θα ήταν να αυτο-εξετάζει τους μαστούς της μία φορά τον μήνα. Μετάξύ 35-40 ετών θα πρέπει να υποβάλλεται σε κλινική εξέταση των μαστών κάθε δύο χρόνια και να κάνει τον πρώτο έλεγχο με μαστογραφία. Από την ηλικία των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλεται σε μαστογραφία και κλινική εξέταση των μαστών από εξειδικευμένο ιατρό μία φορά τον χρόνο. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην εποχή μας υπάρχουν ιατροί που είναι εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι μόνο σε αυτό το αντικείμενο.

Ο ρόλος της μαστογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η αύξηση του ποσοστού των καρκίνων που ανιχνεύονται με τη μαστογραφία, πριν γίνουν αντιληπτοί με την κλινική εξέταση ή την αυτοεξέταση της γυναίκας, είναι ο κύριος λόγος της βελτίωσης της πορείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού στην εποχή μας.

Αξίζει να τονίσουμε ότι ο συστηματικός έλεγχος με επίσης μαστογραφία εντοπίζει όγκους με μέσο μέγεθος μόλις 1,1 εκατοστού, όταν η τυχαία ανεύρεση από τις ίδιες τις γυναίκες αποκαλύπτει τον όγκο σε υπερτριπλάσιο μέγεθος (3,6 εκατοστά).

Σε μερικές περιπτώσεις, η μαστογραφία μπορεί να απεικονίσει πολύ πρώιμες μορφές καρκίνου (μη διηθητικός ή in situ καρκίνος) με τη μορφή «μικρο-αβεστώσεων», πολύ

πριν από την ανάπτυξη ενός κανονικού, διηθητικού καρκίνου και η άμεση αντιμετώπιση σε αυτό το στάδιο να έχει πλήρη ίαση.

Για να διασφαλιστεί, όμως, η σωστή διάγνωση της μαστογραφίας, θα πρέπει να γίνεται σε «κέντρα μαστού» όπου η διενέργεια πολλών εξετάσεων αυξάνει, αλλά και διατηρεί την εμπειρία και τη διαγνωστική ικανότητα των ιατρών. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα σωστά μηχανήματα (μαστογράφος υψηλής ευκρίνειας) και η μαστογραφία να διαβάζεται, εάν είναι δυνατόν, από δύο έμπειρους ακτινοδιαγνώστες που είναι σε θέση να αναγνωρίσουν έναν μικρό καρκίνο.

**Πολλάπλά τα οφέλη.** Επιπλέον, είναι απαραίτητο η ασθενής να εξεταστεί κλινικά από εξειδικευμένο χειρουργό μαστού, καθώς τουλάχιστον το 8-10% των καρκίνων (π.χ. καρκίνος της θηλής του μαστού - νόσος Paget της θηλής) δεν είναι εμφανές στη μαστογραφία.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ιδιαίτερα με τους σημερινούς μαστογράφους «καμπλής δόσης», είναι μηδαμινός, ιδιαίτερα όταν συγκριθεί με τα οφέλη από την έγκαιρη διάγνωση που προσφέρει η μαστογραφία. Το υπερηχογράφημα των μαστών χρησιμοποιείται βοηθητικά στη διάγνωση και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε νεανικούς, «πυκνούς» μαστούς που παρουσιάζουν δυσκολία στον έλεγχο μόνον με μαστογραφία.

Επιπλέον χρήσιμο διαγνωστικό μέσον είναι η μαγνητική μαστογραφία, η οποία όμως δεν αντικαθιστά τη μαστογραφία και συστήνεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις με συγκεκριμένες ενδείξεις.

Δεν διαθέτει τη διαγνωστική ικανότητα της ψηφιακής μαστογραφίας σε περιπτώσεις όπως οι μικρο-αβεστώσεις και συστήνεται όταν υπάρχει υποψία καρκίνου σε νέες ασθενείς με «νεανικούς» πυκνούς μαστούς, σε γυναίκες με υποψία ή μετάλλαξη BRCA 1/2, ιστορικό ακτινοβολίας στον θώρακα, σε γυναίκες με κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού  $\geq 20\%$  και όταν έχουν τοποθετηθεί προθέματα σιλι-

**Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η συστηματική θεραπεία** υπό την έννοια είτε της χημειοθεραπείας είτε της ορμονοθεραπείας είναι οι τρεις βασικοί άξονες αντιμετώπισης της νόσου

κόνης για αύξηση του μεγέθους των μαστών. Οι βασικοί άξονες αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, όσον αφορά τη θεραπεία της νόσου, είναι τρεις: η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η συστηματική θεραπεία υπό την έννοια είτε της χημειοθεραπείας, είτε της ορμονοθεραπείας ή άλλων επιμέρους στοχευμένων θεραπειών, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου όγκου.

Η απόφαση για τη χορήγηση ορμονοθεραπείας αντί για χημειοθεραπεία εξαρτάται από την ευαισθησία των κυττάρων του όγκου. Η ορμονοθεραπεία (η χρήση δηλαδή φαρμάκων ή η εφαρμογή ιατρικών χειρισμών, όπως χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών, που εμποδίζει τα ορμονοευσαισθητά καρκινικά κύτταρα να προμηθευτούν τις ορμόνες που χρειάζονται για να αναπτυχθούν) είναι πιο αποτελεσματική από τη χημειοθεραπεία στις ασθενείς με ορμονο-ευσαισθητο όγκο.

Παρ' όλα αυτά, ανάλογα με το σύνολο των χαρακτηριστικών του όγκου και της ασθενούς, σε αρκετές ασθενείς θα χρειαστεί συνδυασμός των δύο θεραπειών (αρχικά χημειοθεραπεία και στη συνέχεια χορήγηση ορμονοθεραπείας).

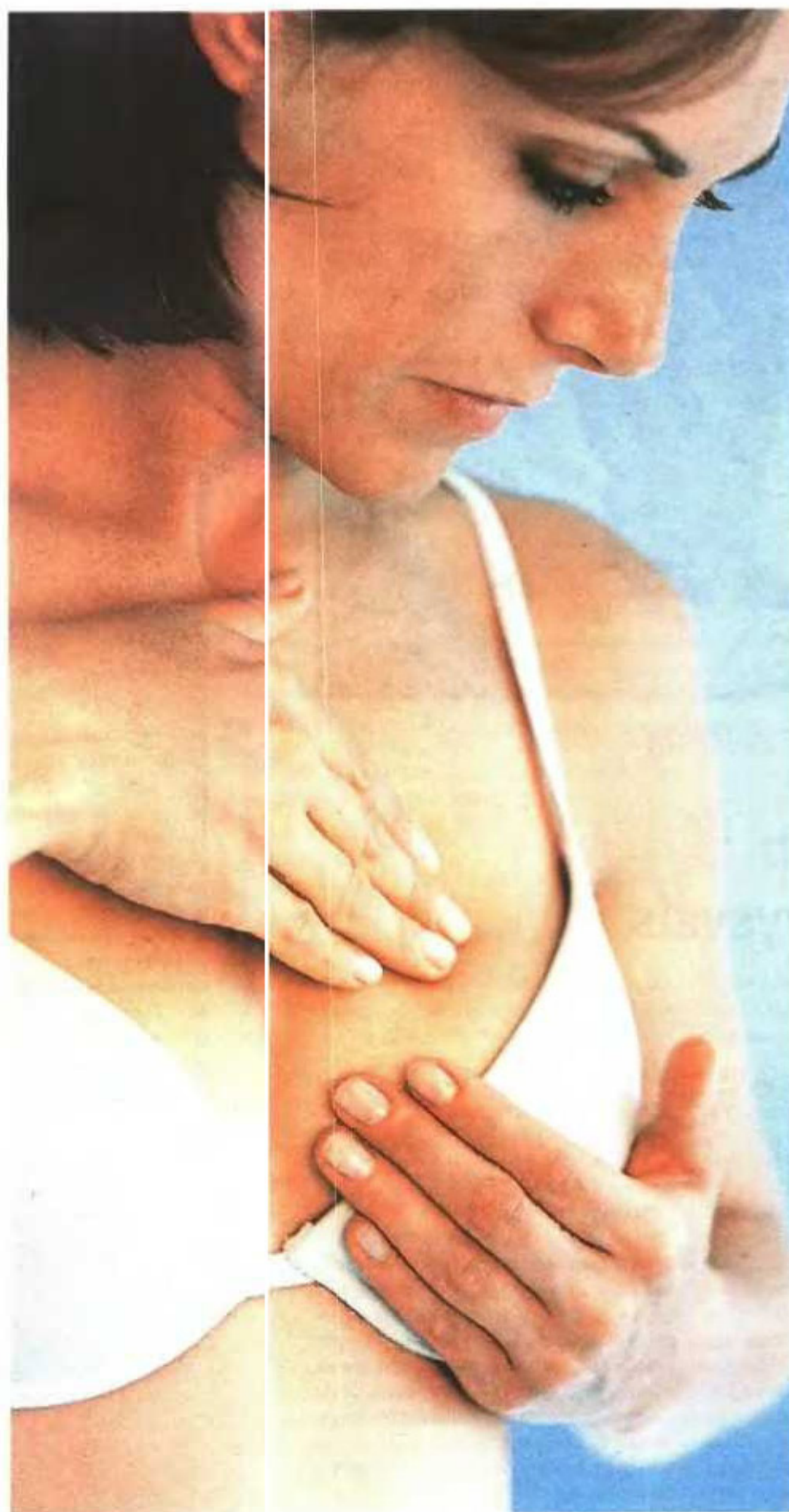
Μετά την αφαίρεση του όγκου στο χειρουργείο, ακολουθεί λεπτομερής ανάλυσή του για διάφορα χαρακτηριστικά, που μας δείχνει εάν τα κύτταρα του όγκου της συγκεκριμένης γυναίκας εξαρτώνται για την ανάπτυξή τους από τις γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη).

Στις περιπτώσεις που ισχύει κάτι τέτοιο, οδηγούμαστε στη χορήγηση ορμονοθεραπείας στην ασθενή, είτε μετεχειρητικά (προληπτικά) ή όταν υπάρχουν μεταστάσεις (θεραπευτικά).

Συνήθως χορηγείται από τον χειρουργό μαστού που αντιμετώπισε την ασθενή και την παρακολουθεί μετεχειρητικά ή από τον παθολόγο-ογκολόγο μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας.

Η ορμονοθεραπεία γίνεται με χειρισμούς όπως η χορήγηση φαρμάκων ή, ορισμένες φορές, χειρουργικές επεμβάσεις. Οι συνθετικοί χειρισμοί και φάρμακα, σήμερα, είναι: η ταμοξифίνη (ή εναλλακτικά φουλβεστράνη), οι αναστολείς αρωματάσης (αναστραζόλη, λετροζόλη, εξεμεστάνη) και η παρέμβαση στη λειτουργία των ωοθηκών (αναστολείς γοναδοτροφινών, όπως η γοσερελίνη ή χειρουργική αφαίρεση ωοθηκών).

Παρά την αύξηση εμφάνισης νέων κρουσμάτων της νόσου, οι ελπίδες για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυξάνουν όλο και περισσότερο. Καθοριστικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζουν τα προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης, καθώς και οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς.



Ο συστηματικός έλεγχος με μαστογραφία εντοπίζει όγκους μεγέθους 1,1 εκατοστά, όταν η τυχαία ανεύρεση από την ίδια τη γυναίκα αποκαλύπτει τον όγκο σε υπερτριπλάσιο μέγεθος.