

Ιατρική/ Καρκίνος Μαστού

Ελπιδοφόρα μηνύματα

Ο καρκίνος του μαστού, είναι μια ασθένεια που αφορά το 10% των Ελληνίδων, ενώ κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 3.500 - 4000 νέα κρούσματα. Ωστόσο, τα μηνύματα από το μέτωπο κατά του καρκίνου του μαστού είναι γενικά ελπιδοφόρα. Τα τελευταία χρόνια η επιστήμη έχει κάνει ήδη σημαντικά βήματα τόσο στις διαγνωστικές προσεγγίσεις όσο και στον τομέα της θεραπείας. Για τις τελευταίες εξελίξεις σχετικά με την πρόγνωση αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού μας απαντά ο δρ. **Χ. Μαρκόπουλος**, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και Πρόεδρος της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού.

1. Ποια είναι τα συνήθη χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού και πως γίνεται αντιληπτός;

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται συνήθως σαν μια ανώδυνη σκληρία που δεν υπήρχε στο παρελθόν και η οποία μεγαλώνει σε μέγεθος, δεν υπάρχει στο αντίστοιχο σημείο του άλλου μαστού και δεν υποχωρεί μετά τη περίοδο (σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση). Άλλες φορές, το πρώτο σημάδι ενός καρκίνου μπορεί να είναι κάποιο 'βαθούλωμα' ή μια ρυτίδωση στο δέρμα του μαστού ή ακόμη μία αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα ή το σχήμα του. Σε όγκους που αναπτύσσονται κοντά ή πίσω από τη θηλή, το πρώτο σημάδι μπορεί να είναι ένα τράβηγμα της θηλής προς τα μέσα – εισολκή της θηλής – ή σπανιότερα ένα αιματηρό έκκριμα από τη θηλή. Αλλά και η ίδια η θηλή του μαστού, όταν σπάνια παρουσιάζει ένα εξάνθημα ή εξέλκωση που επιμένει για αρκετό καιρό και δεν υποχωρεί με κάποια αντιαλλεργική αλοιφή, μπορεί να είναι ένα σημάδι καρκίνου.

2. Ποιες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να παρουσιάσουν κακοήθεια στο μαστό τους;

Γνωρίζουμε ότι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να διαμορφώσουν τη πιθανότητα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Βασικός παράγοντας είναι η ηλικία: όσο μεγαλώνει μία γυναίκα, τόσο μεγαλώνει και η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να το γνωρίζουμε, γιατί υπάρχει η εσφαλμένη αντίληψη ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες 'δεν παθαίνουν καρκίνο', ενώ ισχύει ακριβώς το αντίθετο. Ισχυρός επίσης παράγοντας είναι το λεγόμενο 'θετικό οικογενειακό ιστορικό', να έχει δηλαδή η γυναίκα μία συγγενή α' βαθμού (μητέρα ή κόρη) που έχει ήδη αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η πρόωγη έναρξη της εμμήνου ρύσεως (σε ηλικία κάτω των 10 ετών) και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 ετών, η πρώτη κύηση μετά τα 35 ή η ατεκνία. Τα τελευταία επίσης χρόνια, αλλαγές στις διατροφικές και κοινωνικές μας συνήθειες όπως είναι η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, η πλούσια σε λίπος διατροφή και η παχυσαρκία, ή η κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

3. Τι ρόλο παίζουν οι ορμόνες;

Οι γυναικείες ορμόνες και ειδικότερα τα οιστρογόνα, γνωρίζουμε ότι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλωστε, αρκετοί από τους

παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε προηγουμένως δρούν μέσω των οιστρογόνων. Η πρώιμη έναρξη και η καθυστερημένη λήξη των χρόνων της εμμηνου ρύσεως, πρακτικά σημαίνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επίδρασης των οιστρογόνων στο μαζικό αδένα. Το ίδιο συμβαίνει και με τη παχυσαρκία, διότι ειδικά μετά την εμμηνόπαυση, η παραγωγή των οιστρογόνων εξαρτάται από ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως μέσα στο λίπος. Όσον αφορά τα εξωγενή οιστρογόνα που μπορεί να πάρει μία γυναίκα και αναφερόμαστε κυρίως στις θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, η χρήση τους για μερικά (συνήθως έως πέντε) χρόνια είναι σχετικά ακίνδυνη εφ' όσον τηρούνται βασικοί κανόνες παρακολούθησης του μαστού και ο κίνδυνος κάθε γυναίκας αξιολογείται σε σχέση με το όφελος από τη χρήση τους που είναι κυρίως η πρόληψη ή η θεραπεία της οστεοπόρωσης και η προστασία του καρδιο-αγγειακού συστήματος της γυναίκας.

4. Υπάρχει κληρονομικότητα στο καρκίνο του μαστού;

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού είναι αρκετά σπάνιος και αντιπροσωπεύει ένα μικρό ποσοστό (7-10%) του συνόλου του οικογενούς καρκίνου του μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχουν εντοπισθεί δύο συγκεκριμένα γονίδια, τα BRCA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για τη κληρονομική μεταβίβαση του καρκίνου του μαστού. Όταν ανιχνευθεί μία βλάβη (μετάλλαξη) στα συγκεκριμένα γονίδια, τότε η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή των ωθηκών είναι περίπου 80% στη πρώτη περίπτωση και 60% για καρκίνο του μαστού στη δεύτερη. Ο κληρονομικός καρκίνος χαρακτηρίζεται από εμφάνιση σε νεαρή ηλικία, αρκετές φορές και στους δύο μαστούς και τον υποπτευόμαστε όταν υπάρχουν περισσότερα από δύο άτομα με καρκίνο του μαστού ή των ωθηκών στην ίδια οικογένεια. Γενικά θέμα προληπτικού ελέγχου των γυναικών δεν τίθεται, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχουν οι ανωτέρω συνθήκες, αλλά ακόμη και τότε θα πρέπει να προηγηθεί αναλυτική συζήτηση με το θεράποντα ιατρό για τη σημασία, τις επιπτώσεις και τις ενέργειες στη περίπτωση ανίχνευσης μιας γονιδιακής μετάλλαξης.

5. Ποιες είναι οι διαγνωστικές εξετάσεις που συμβάλουν στο να σώζονται κάθε χρόνο ζωές ;

Πράγματι η έγκαιρη διάγνωση ενός καρκίνου του μαστού μπορεί να σώσει τη ζωή της γυναίκας. Βασική εξέταση είναι η μαστογραφία, μία ειδική ακτινογραφία του μαστού, η οποία πρέπει να γίνεται για πρώτη φορά μεταξύ 35 και 40 ετών και μετά την ηλικία των 40 ετών μία φορά κάθε χρόνο. Θα πρέπει να τονισθεί ότι με τα σύγχρονα μηχανήματα ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι αμελητέος και οι γυναίκες δεν πρέπει να φοβούνται να κάνουν προληπτικά έλεγχο, διότι είναι γνωστό ότι η μαστογραφία και μόνο, με την έγκαιρη διάγνωση πρώιμων μορφών αλλά και μικρού μεγέθους καρκίνων, έχει μειώσει τη θνησιμότητα από το καρκίνο του μαστού κατά 30%. Βεβαίως θα πρέπει να συνδυάζεται πάντοτε με κλινική εξέταση από εξειδικευμένο στις παθήσεις του μαστού γιατρό, διότι υπάρχουν περιπτώσεις (8-12%) καρκίνων που δεν απεικονίζονται στη μαστογραφία. Άλλη εξέταση είναι το υπερηχογράφημα που χρησιμοποιείται επικουρικά, κυρίως στη διάκριση των κύστεων του μαστού και των αμυγδαλωδών αλλοιώσεων, θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι δεν αντικαθιστά τη

μαστογραφία. Τελευταία εξέταση στη σειρά της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η κυτταρολογική ή ιστολογική εξέταση δείγματος υλικού από τον όγκο που παίρνει ο γιατρός με παρακέντηση. Με αυτή τη 'τριάδα' εξετάσεων - Κλινική εξέταση, Μαστογραφία, Παρακέντηση – είναι δυνατή η διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις.

6. Τι πρέπει να γίνεται όταν διαπιστωθεί ένας όγκος:

Όταν διαπιστωθεί από τη γυναίκα, το γιατρό της ή τη μαστογραφία ένας όγκος, στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση ενός καρκίνου είναι δυνατόν να γίνει με τη τριάδα που προανέφερα, ενώ μερικές φορές θα χρειασθεί 'βιοψία' στο χειρουργείο, κυρίως στις περιπτώσεις αψηλάφητων αλλοιώσεων ή μικρο-ασβεστώσεων που φάνηκαν στη μαστογραφία. Το επόμενο βήμα είναι να συζητήσει η γυναίκα με το χειρουργό της για τη δυνατότητα και το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι επιπρόσθετο πλεονέκτημα της έγκαιρης διάγνωσης ενός μικρού σε μέγεθος καρκίνου είναι και η πιθανότητα αποφυγής της μαστεκτομής. Μικροί όγκοι, όταν δεν υπάρχουν άλλες αντενδείξεις, μπορούν να αντιμετωπισθούν με τοπική αφαίρεση και διατήρηση του μαστού. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ακτινοβολία του μαστού είναι απαραίτητη και το τελικό αποτέλεσμα είναι κοσμητικά άριστο και ιατρικά ισοδύναμο της μαστεκτομής. Βεβαίως για τις γυναίκες που η μαστεκτομή είναι απαραίτητη, σήμερα υπάρχει η δυνατότητα ανάπλασης του μαστού με πλαστική αποκατάσταση με διάφορους μεθόδους και καλό αποτέλεσμα. Μετά τη χειρουργική επέμβαση και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του καρκίνου, οι περισσότερες γυναίκες θα χρειασθεί να υποβληθούν επιπλέον σε κάποια προληπτική αγωγή για τη προφύλαξη από την ανάπτυξη μεταστάσεων, η οποία μπορεί να είναι κάποιος συνδυασμός φαρμάκων (χημειοθεραπεία) ή χορήγηση ορμονοθεραπείας.

7. Ποιες είναι οι τελευταίες εξελίξεις οσον αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση:

Όσον αφορά τη χημειοθεραπεία θα λέγαμε γενικά ότι έχουν προστεθεί τελευταία αρκετά νέα και δραστικά φάρμακα, φάρμακα που δρουν μέσω νέων οδών καταπολέμησης του καρκίνου που εντοπίστηκαν τα τελευταία χρόνια (π.χ. ανοσοθεραπεία) και επικουρικά φάρμακα που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας.

Η ορμονική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού έχει σαν στόχο να στερήσει από τα καρκινικά κύτταρα την απαραίτητη ορμόνη που χρειάζονται για να ξεκινήσει η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός τους, δηλαδή τα οιστρογόνα. Πολλοί τύποι καρκίνου είναι ορμονοεξαρτώμενοι, δηλαδή τα οιστρογόνα ευνοούν την ανάπτυξή τους, και τέτοιους όγκους αναπτύσσουν συχνότερα οι μετεμμηνοπαυσικές και μεγαλύτερες από 50 χρονών γυναίκες και γι αυτό το λόγο οι ορμονικές θεραπείες έχουν ευρύτατη εφαρμογή στην εποχή μας. Τα τελευταία 25 χρόνια χρησιμοποιείται η Ταμοξιφένη, γνωστή σαν αντι-οιστρογόνο, η οποία εμποδίζει τη δράση των οιστρογόνων στα ορμονοευαίσθητα καρκινικά κύτταρα και χορηγείται για 5 χρόνια μετά την εγχείρηση. Σημαντική εξέλιξη στο τομέα αυτό είναι η ανάπτυξη των αναστολέων της αρωματάσης, φαρμάκων που καταστέλλουν την παραγωγή οιστρογόνων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Σε αυτή τη κατηγορία των γυναικών, μετά την εμμηνόπαυση, η κύρια παραγωγή οιστρογόνων δεν γίνεται από τις ωοθήκες αλλά από την μετατροπή ανδρογόνων (ορμονών που

εκλύονται από τα επινεφρίδια) σε οιστρογόνα, με την βοήθεια ενός ενζύμου που λέγεται «αρωματάση». Οι αναστολείς της αρωματάσης, αναστέλλουν την παραγωγή αυτού του ενζύμου με αποτέλεσμα να μην μπορούν να παραχθούν οιστρογόνα. Πρόκειται για φάρμακα με ισχυρότερη δράση από τη Ταμοξιφένη και ήδη τα τελευταία χρόνια έχουμε πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητά τους. Ανάλογα με την ασθενή, μπορούν να χορηγηθούν εξ' αρχής αντί για την Ταμοξιφένη, στη συνέχεια μετά την ολοκλήρωση της 5ετούς χορήγησης Ταμοξιφένης ή ακόμη σύμφωνα με τελευταία αποτελέσματα, να χορηγηθούν εναλλακτικά μετά τη συμπλήρωση 2,5-3 ετών χορήγησης Ταμοξιφένης.