



mastologia

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ
Τεύχος 23 / Οκτώβριος - Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial.....	1
Διοικητικό Συμβούλιο	1
Συντακτική Επιτροπή	1
Μαστογραφία, Υπερηχογράφημα και Μαγνητική Μαστογραφία. Πότε και γιατί;	3
Ελληνική Σχολή Μαστολογίας	5
Αποκατάσταση Μαστού μετά από Μαστεκτομή	6
Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών με Καρκίνο του Μαστού που επισκέφθηκαν το Κέντρο Έλλη Λαμπέτη (Ιαν 2012- Ιουν013)	9
Δραστηριότητες	13
α) Ενημερωτική Ημερίδα και δωρεάν εξέταση μαστού στο κρυχώρι Λαρίσης	
β) Δωρεάν εξέταση μαστού, για γυναίκες της Αθήνας, στο ξενοδοχείο Divani Caravel,	
γ) Ομιλία στο Ε΄ Δημοτικό Σχολείο του Βενετόκλειου Ρόδου	
δ) Συμμετοχή στη διοργάνωση της εκδήλωσης για τη διάλεξη του διεθνούς φήμης Καθηγητή Πλαστικής Χειρουργικής Dr Patrik Bui, στη Μεγάλη Αίθουσα της Παλαιάς Βουλής	

Editorial



Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Γυναικολόγος - Χειρουργός - Ειδικός Μαστολόγος
ε. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
τέως Πρόεδρος Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος για τον καρκίνο του μαστού στην ΕΕ

Με ιδιαίτερη χαρά αλλά και τιμή προλογίζω την επανέκδοση του Περιοδικού "Mastologia" της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας (ΕΕΜ), που τη φορά αυτή απευθύνεται μόνον σε ιατρούς -ανεξαρτήτως Ειδικότητας- και σε Φαρμακευτικές Εταιρείες. Το περιοδικό αποστέλλεται ηλεκτρονικά σε όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας με τους οποίους έχει συμφωνηθεί να το προωθούν στη συνέχεια στα Μέλη τους επίσης ηλεκτρονικά. Για το κοινό προγραμματίζουμε να κυκλοφορήσουμε συν Θεό, τον Μάιο του 2014 εκλαϊκευμένο περιοδικό για τον μαστό με τίτλο «Amazon», που θα ασχολείται με όλες τις παθήσεις του μαστού, τον καρκίνο, την αισθητική του, τη διατροφή και τη σχέση της με τον καρκίνο, τις εκδηλώσεις που πραγματοποιήθηκαν από την Εταιρεία και αυτές που θα προγραμματίζονται να γίνουν. Ευκαιριακά θα μπορεί να περιλαμβάνει και επίκαιρα ιατρικά θέματα από άλλες ειδικότητες που μπορεί να απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τη σύγχρονη γυναίκα.

Στη δυνατότητα της επανέκδοσης του Περιοδικού συνετέλεσε καταλυτικά η Φαρμακευτική Εταιρεία ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. την οποία και ευχαριστούμε θερμά δημόσια.

Η ΕΕΜ (1979- 2013) στην 34 ετή ζωή της, προσπάθησε να γνωστοποιήσει και να θεσπίσει τη Μαστολογία ως εξειδίκευση, να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον τομέα της Μαστολογίας, να ευαισθητοποιήσει το κοινό ενάντια στον καρκίνο του μαστού, να στηρίξει ψυχολογικά με την ίδρυση και λειτουργία του Κέντρου "Έλλη Λαμπέτη" το 2002, όχι μόνον τη γυναίκα που εμφάνισε καρκίνο στον μαστό αλλά και τα μέλη της οικογενείας της, -γεγονός που αποτελεί και την κοινωνική προσφορά της ΕΕΜ στην Ελληνική κοινωνία- δοθέντος ότι η υπηρεσία αυτή παρέχεται δωρεάν -, και τέλος να εκπαιδεύσει ιατρούς στον ευαίσθητο τομέα της Μαστολογίας με την ίδρυση της Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας το 2009, η οποία τελεί υπό την Αιγίδα της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας (SIS) και πρόσφατα και του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η ΕΕΜ μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς προσπάθειας της για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον τομέα των παθήσεων του μαστού, έχει θέσει τους ακόλουθους στόχους έως το 2017:

Α. Στον Επιστημονικό Τομέα

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι

- Έναρξη του νέου εκπαιδευτικού έτους της Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας τον Φεβρουάριο του 2014 (βλ. σελ.5). Οι εγγραφές έχουν αρχίσει. Μέγιστος αριθμός σπουδαστών 40.
- Δημιουργία έως το τέλος του 2014 του Εθνικού Μητρώου Καρκίνου του Μαστού. Η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση που δεν διαθέτει Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών. Αποτέλεσμα αυτής της έλλειψης είναι η άγνοια βασικών δεδομένων που θα βοηθούσαν ώστε να γνωρίζουμε τις πραγματικές διαστάσεις της νόσου "καρκίνος του μαστού" στη χώρα μας.
- Συμμετοχή της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή πρωτοβουλία για τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος διαπίστευσης για τον καρκίνο του μαστού μέσω του Εθνικού Αντιπροσώπου της.

Μεσοπρόθεσμοι στόχοι

- Ίδρυση έως το 2016 στην πρωτεύουσα κάθε Περιφέρειας, "Ολοκληρωμένων Κέντρων Μαστού". Ίδρυση δηλαδή Κέντρων, στα οποία η γυναίκα θα μπορεί μέσα στον ίδιο χώρο να υποβάλλεται σε όλες τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις και να αντιμετωπίζεται ανάλογα με το πρόβλημα της. Τα Κέντρα αυτά θα πρέπει να διαθέτουν τον ανάλογο ιατρικό εξοπλισμό ώστε να πραγματοποιούν εξετάσεις, όπως, μαστογραφία με δυνατότητα ψηφιακής τομοσύνθεσης, υπερηχογράφημα, μαγνητική μαστογραφία, γαλακτογραφία, δυνατότητα παρακέντησης είτε με λεπτή βελόνα είτε με χονδρή βελόνα, κυτταρολογική εξέταση, καθώς επίσης και το ανάλογο εξειδικευμένο ιατρικό δυναμικό (Ακτινοδιαγνώστης, Μαστολόγος, Πλαστικός Χειρουργός, Κυτταρολόγος, Ψυχολόγος). Ιδανική θα ήταν η ύπαρξη Παθολόγου-Ογκολόγου. Την άποψη για την ίδρυση και λειτουργία τέτοιων ολοκληρωμένων Κέντρων Μαστού έχω προσωπικά καταθέσει και στηρίζω από το 1980.
- Καθιέρωση από τον Ιανουάριο του 2017 Εθνικού προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, σε όλη την Επικράτεια, για γυναίκες > 40 ετών, με κλινική εξέταση και μαστογραφία ανά διετία. Με τον τρόπο αυτό θα επιτυγχάνεται πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε υποκλινικό στάδιο. Είναι γνωστό ότι η αντιμετώπιση του σε προχωρημένο στάδιο κοστίζει 10 φορές περισσότερο από ότι η αντιμετώπιση του σε υποκλινικό στάδιο. Άρα το κόστος του προγράμματος θα βγαίνει από τα μειωμένα έξοδα θεραπείας των γυναικών σε αρχικό στάδιο. Μια μικρή χρηματική επένδυση θα χρειασθεί μόνον τον πρώτο χρόνο.

Β. Στον Κοινωνικό τομέα

- Επέκταση των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του Κέντρου "Έλλη Λαμπέτη" στην ελληνική επαρχία με ιδιαίτερη ευαισθησία στις περιοχές της Ελλάδας με εγγενείς δυσκολίες στις μεταφορές ιδίως κατά τους χειμερινούς μήνες, μέσω χρήσης εργαλείων σύγχρονης τεχνολογίας (πχ. skype)
- Συνεργασία του "Έλλη Λαμπέτη" με Κέντρα που έχουν αναπτύξει παρόμοιες υπηρεσίες σε Καναδά και Αυστραλία για ανταλλαγή τεχνογνωσίας, με παράλληλη εξωστρέφεια του Κέντρου μας σε συνεργασίες επί επιστημονικού επιπέδου με αντίστοιχα Κέντρα στο εξωτερικό.
- Δημιουργία ισχυρής βάσης εθελοντών για την ενίσχυση αφενός της αποτελεσματικότητας του έργου των ψυχολόγων του Κέντρου, και αφετέρου τη στήριξη και καλύπτει επικοινωνία των πραγματοποιούμενων προπαθειών της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας στο ευρύ κοινό.

Το περιοδικό τίθεται στην κρίση του Ιατρικού κοινού και είναι ευπρόσδεκτες τυχόν παρατηρήσεις. Επίσης η Συντακτική Επιτροπή του Περιοδικού με χαρά θα δεχθεί άρθρα προς δημοσίευση.

Περιεχόμενα

Editorial.....	1
Μαστογραφία, Υπερηχογράφημα και Μαγνητική Μαστογραφία.	
Πότε και Γιατί.....	3
Ελληνική Σχολή Μαστολογίας...	5
Αποκατάσταση Μαστού μετά από Μαστεκτομή.....	6
Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού που επισκέφθηκαν το Κέντρο Έλλη Λαμπέτη από Ιαν 2012- Ιουν 2013.....	9
Δραστηριότητες.....	13

ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας

Πρόεδρος

Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Αντιπρόεδρος

Βασίλειος Γεωργούντζος

Ταμίας

Πέτρος Μαλακάσης

Γ. Γραμματέας

Κατερίνα Αλεξοπούλου

Μέλη

Αλεξάνδρα Νικήτα,
Στέφανος Ζερβούδης,
Ελένη Σουλούνια

Ιδιοκτησία

Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Εκδότης – Διευθυντής Σύνταξης

Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Επιμέλεια Σύνταξης

Δημήτρης Παπαδημητρίου

Μέλη

Αγγελάτου Ουρανία, Αγγαντή Νίκη,
Αλεξοπούλου Αικατερίνη, Βακάλης
Ξενοφών, Βενέτη Σμάρτα, Βλαστού
Κατερίνα, Γεωργούντζος Βασίλης,
Ζερβούδης Στέφανος, Καρυδά Ειρήνη,
Κεντεποζίδης Νίκος, Κοσιδά Σοφία,
Κουμάκης Γιώργος, Μαλακάσης Πέτρος,
Μαντωνάκης Ιωάννης, Νικήτα Αλεξάνδρα,
Πανταζοπούλου Αρετή, Παπαδόπουλος
Σάββας, Πισσάκας Γεώργιος, Σουλούνια
Ελένη, Τσεκούρας Αναστάσιος, Φλωρεντίν
Λίνα, Φουστάνος Ανδρέας, Χάψας
Δημήτρης

Καλλιτεχνική Επιμέλεια

Ανδρέας Ανδρεόπουλος

Επιμέλεια – Παραγωγή

Γιάννης Σαρρής



Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Σακχαρώδης Διαβήτης
Διαταραχές Ανάπτυξης
Οστεοπόρωση
Ογκολογία
Ουρολογία -
Σεξουαλική Υγεία
Καρδιολογία
Αντιμετώπιση
Λοιμώξεων
Παραφαρμακευτικά
Ιατρικός Εξοπλισμός

Η γραμμή της ζωής, μας ενώνει.



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

15ο χλμ. ΕΘΝ. ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΛΑΜΙΑΣ 145 64 ΚΗΦΙΣΙΑ, ΤΗΛ: 210-6294600 FAX: 210-6294610 Τ.Θ. 51288
ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: ΑΔΡΙΑΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 24, ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ - Τ.Κ.: 551 33 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ ΤΗΛ.: (2310) 480160
www.lilly.gr

Μαστογραφία, Υπερηχογράφημα και Μαγνητική Μαστογραφία.

Πότε και Γιατί;



Prof. Dr. med. Alexander Mundinger,
Marienhospital und Brustzentrum
Osnabrück, FranziskusHospital
Harderberg Klinik für Radiologie



Professor Dr. med. Helmut Madjar,
Chairman Breast Centre and Dept. of Gynecology
Vice Director German Diagnostic Clinic

Απόδοση στα Ελληνικά

Δημήτρης Παπαδημητρίου & Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθης νεοπλασία στις γυναίκες όχι μόνο στη Γερμανία αλλά και παγκοσμίως. Στη Γερμανία διαγιγνώσκονται περίπου 72.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού ετησίως. Κατά προσέγγιση 1 στις 4 γυναίκες που νοσούν από καρκίνο του μαστού είναι < 55 ετών όταν τίθεται η διάγνωση, ενώ 1 στις 10 γυναίκες τη στιγμή της διάγνωσης είναι < 45 ετών. Η απεικονιστική διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχει σημειώσει τα τελευταία χρόνια στη Γερμανία πολύ μεγάλη πρόοδο, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην καθιέρωση ενός πιστοποιημένου διαγνωστικού προτύπου υψηλής ποιότητας.

Το 2008 ο αριθμός των γυναικών που προσεβλήθησαν από καρκίνο του μαστού ήταν διπλάσιος σε σχέση με το 1980. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο RobertKoch, το ποσοστό επίπτωσης καρκίνου του μαστού αυξήθηκε από το 1980 σχεδόν κατά 50% στις ηλικιακά τυποποιημένες ομάδες του γυναικείου πληθυσμού. Για τη βελτίωση του ποσοστού έγκαιρης διάγνωσης καρκίνου του μαστού, αποφασίστηκε το 2002 η καθιέρωση προσυμπτωματικού ελέγχου σε ευρύτερα τμήματα του πληθυσμού - σε συνεργασία πάντα με τις τοπικές κοινότητες- με τη δημιουργία πιστοποιημένων Κέντρων αναφοράς, προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα του πραγματοποιούμενου ελέγχου με μαστογραφία. Αυτή η απόφαση ήταν πλήρως εναρμονισμένη με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι τελευταίες αναλύσεις των αποτελεσμάτων στις μελέτες προσυμπτωματικού ελέγχου, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Σκανδιναβικές χώρες, έδειξαν ότι γυναίκες οι οποίες εμφάνισαν στον μαστογραφικό έλεγχο, ανεξαρτήτως του τύπου της μαστογραφίας, έναν μικρό όγκο (10 έως 15mm), είχαν 20 χρόνια μετά τη διάγνωση ένα πολύ καλό ποσοστό επιβίωσης (86% έως 100%). Εξαιρέση αποτέλεσαν μόνον οι περιπτώσεις γυναικών με comedo καρκίνωμα (περίπου 5% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού), στις οποίες το ποσοστό 20ετούς επιβίωσης με όγκο ίδιου μεγέθους (10 έως 15mm) περιορίστηκε στο 52% (Tabar και συν. 2004). Παρά το γεγονός ότι τα θετικά αποτελέσματα που προκύπτουν από τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού τίθενται κατά περιόδους υπό αμφισβήτηση, κυρίως για την επίπτωση που έχει ο προσυμπτωματικός έλεγχος στη μείωση της θνησιμότητας, εν τούτοις σε μετααναλύσεις έχει διαπιστωθεί ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού παρουσιάζει μείωση κατά μέσον όρο της τάξεως του 25% στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε πληθυσμιακό έλεγχο (Glasziou & Houssami 2011).

Τι, πότε και γιατί;

Οι διάφορες διαγνωστικές απεικονιστικές προσεγγίσεις στον καρκίνο του μαστού περιλαμβάνουν την ανάλυση της πυκνότητας, την ελαστικότητα, τους χαρακτηριστές απορρόφησης των ακτίνων Χ, laser και υπερήχων, τη διαπερατότητα, την αιμάτωση, τον μεταβολισμό, την επέκταση ή την ανάπτυξη και την εικόνα νέκρωσης, ή ακόμα και την ηλεκτρική αγωγιμότητα του ιστού. Σε όλες αυτές τις μεθόδους εφαρμόζονται κοινές αρχές αναγνώρισης, οι οποίες πρέπει να θεωρούνται ως η βάση για τη σύγκριση των διαφορετικών διαγνωστικών μεθόδων και να ερμηνεύεται ανάλογα η σημασία τους (Mundinger και συν. 2011).

Δυστυχώς η αυξημένη ευαισθησία που παρουσιάζουν οι νέες απεικονιστικές μέθοδοι, οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (Houssami & Ciatto 2011). Οι σύγχρονες όμως επεμβατικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης και της βιοψίας κενού (Vacuum biopsy), επιτρέπει μία αξιόπιστη προεγχειρητική και μάλιστα ιστολογική αποσαφήνιση. Η ανοιχτή χειρουργική βιοψία εφαρμόζεται σήμερα ως εναλλακτική προσέγγιση μόνον σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είτε προκειμένου να ληφθούν μεγαλύτερα δείγματα ιστού από περιοχές αλλοιώσεων που είναι ύποπτες για καρκίνο, είτε σε περιπτώσεις απόκλισης μεταξύ παθολογοανατομικών και απεικονιστικών ευρημάτων.

Η ανίχνευση αλλοίωσης στον μαστό

Η τεχνητή καταστολή του θορύβου περιβάλλοντος (background noise), πχ με διαφοροποίηση αντίθεσης (contrast modulation) στην ψηφιακή μαστογραφία, ή η ενίσχυση του σήματος μίας παθολογικής αλλοίωσης, πχ με παράγοντες αντίθεσης (contrast agents) που χρησιμοποιούνται στη μαγνητική μαστογραφία (MRI), σε γενικές γραμμές βελτιώνει την ταχύτητα ανίχνευσης μιας αλλοίωσης στον μαστό. Όσον αφορά τις απεικονιστικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού, στην πρώτη γραμμή βρίσκεται η μαστογραφία, στη δεύτερη το υπερηχογράφημα, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται είτε η μαγνητική τομογραφία (MRI), είτε άλλες μέθοδοι που εφαρμόζονται στην Πυρηνική Ιατρική προκειμένου να επιτευχθεί η ανίχνευση της αλλοίωσης. Ο χαρακτηρισμός μιας αλλοίωσης μέσω τεχνικών απεικόνισης είναι απαραίτητος σε μία εμφανή αλλαγή που παρατηρείται στην απεικόνιση του μαστού, και στοχεύει στη σωστή διαγνωστική προσέγγιση (πχ. ινοαδένωμα, κύστη, καρκίνωμα) και στο αξιόπιστο αποτέλεσμα. Όπως είναι φυσικό, ένας αριθμός κριτηρίων για τη διάγνωση μεταξύ καλοήθειας και κακοήθειας (πχ. σχήμα, όρια, εσωτερική δομή της αλλοίωσης) μπορεί να χρησιμοποιηθεί, προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός αξιοπιστίας της αρχικά χρησιμοποιηθείσας απεικονιστικής μεθόδου (Mundiger και συν. 2004).

Ένας κρίκος που συχνά παραβλέπεται στη διαγνωστική αλυσίδα είναι ο γενικός ιατρός (ο παραπέμπων ιατρός). Προαπαιτούμενο για μία επιτυχή διάγνωση είναι η ικανότητά του να αντιλαμβάνεται σωστά τις απεικονιστικές πληροφορίες, να εξάγει τα σωστά συμπεράσματα, τα οποία θα πρέπει να τα κατηγοριοποιήσει διαγνωστικά, προκειμένου να τα επικοινωνήσει. Η κυτταρολογική ή η ιστολογική διάγνωση, αποτελούν ιεραρχικά την πλέον αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο για τον χαρακτηρισμό μιας αλλοίωσης στον μαστό.

Ο υπολογισμός της ευαισθησίας και εξειδίκευσης των απεικονιστικών μεθόδων του μαστού (Πίνακας 1), η διαγνωστική ακρίβεια και η θετική ή αρνητική προγνωστική εκτίμηση με βάση τα ευρήματα που προκύπτουν από αυτές τις απεικονιστικές μεθόδους, εξαρτώνται μεταξύ άλλων από παράγοντες όπως, το μέγεθος του ογκιδίου, η διηθητική του τάση, η ύπαρξη δευτερευόντων μαστογραφικών σημείων και η ύπαρξη οιδήματος του δέρματος του μαστού. Αυτοί οι παράγοντες χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των αλλοιώσεων. Το σύστημα του Αμερικανικού Κολλεγίου των Ακτινολόγων (American College of Radiology) που χρησιμοποιείται για την περιγραφή και εκτίμηση των ευρημάτων, ονομάζεται κατηγοριοποίηση BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System, final diagnostic assessment category) ανταγωνίζεται την κατάταξη σε 5 κατηγορίες κατά ROC (Receiver Operator Curve) των Ευρωπαϊκών κατευθυντήριων γραμμών, η οποία για παράδειγμα αντί του όρου “πιθανώς καλοήθης” χρησιμοποιεί τον όρο “απροσδιόριστος” προκειμένου να εκφράσει αμφίβολη ταξινόμηση (με ενδιάμεσους χαρακτηριστές). Όσον αφορά το Γερμανικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου, στο Συνέδριο των Ακτινολόγων που θα πραγματοποιηθεί με σκοπό την επίτευξη ομοφωνίας (συναίνεσης), θα προσδιορισθούν οι τελικές ονομασίες των μαστογραφικών κατηγοριών - πχ. “καλοήθης” ή “χρήζει περαιτέρω διασάφησης” - αφού πρώτα συζητηθούν μεταβολές στις μαστογραφίες οι οποίες είναι αξιοπρόσεκτες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ευαισθησία και Ειδικότητα των απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση παθήσεων του μαστού (Συλλογή στατιστικών στοιχείων)		
Μέθοδος Απεικόνισης	Ευαισθησία %	Ειδικότητα %
Μαστογραφία	55 - 95	16 - 92
Υπερηχογράφημα	57 - 90	65 - 90
Μαγνητική Μαστογραφία (MRI)	85 - 100	28 - 95
Έγχρωμο Doppler	64 - 100	65 - 96

Ο μαστογραφικά πυκνός μαστός

Στη Γερμανία εφαρμόζεται ένα οργανωμένο πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου το οποίο συνάδει με ένα “πρότυπο περίθαλψης” το οποίο είναι αποδεκτό από τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Το κοινό Ευρωπαϊκό μοντέλο που ορίζει το μεσοδιάστημα ελέγχου στα δύο χρόνια, τον περιορισμό του προσυμπτωματικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50 έως 69 ετών, και τέλος οι κατευθυντήριες οδηγίες που υπαγορεύονται από τα εξαγόμενα συμπεράσματα, είναι παράμετροι που συνιστούν ένα συμβιβασμό μεταξύ της επιθυμητής μείωσης της ειδικής θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού και του κόστους του προγράμματος του πληθυσμιακού ελέγχου. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στο μεσοδιάστημα του ποιοτικά πιστοποιημένου Γερμανικού προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου με μαστογραφία, ανέρχεται σε ένα ποσοστό της τάξης του 32% περίπου (Heidinger 2012), και βρίσκεται εντός των αποδεκτών ορίων των Ευρωπαϊκών κατευθυντήριων οδηγιών. Η επικάλυψη πιθανών ευρημάτων στον μαστό, εξαιτίας του “ακτινογραφικά πυκνού μαστού” που αποτελεί και την Αχίλλειο πτέρνα του πληθυσμιακού ελέγχου με μαστογραφία, έχει πυροδοτήσει συζητήσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες οι οποίες σταδιακά επεκτείνονται και στην Ευρώπη, για τη διενέργεια επιπρόσθετων διαγνωστικών εξετάσεων με απεικονιστικές μεθόδους, όπως υπερηχογράφημα και μαγνητική μαστογραφία. Ήδη εννέα Αμερικανικές πολιτείες έχουν επικυρώσει έναν νόμο, ο οποίος υποχρεώνει τους Αμερικανούς Ακτινολόγους να ενημερώνουν όλες τις γυναίκες με ακτινοσκοπικό μαστό του οποίου ο βαθμός πυκνότητας κατά ACR είναι 3 και 4, ότι κάτω από αυτές τις συνθήκες η μαστογραφία έχει μειωμένη ευαισθησία, και χρήσιμη θα ήταν η περαιτέρω εκτίμηση με άλλες απεικονιστικές μεθόδους. Σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνονται όλες οι συμπληρωματικές διαδικασίες ελέγχου -υπό συζήτηση βρίσκονται η μαγνητική μαστογραφία, το υπερηχογράφημα και η τομοσύνθεση- ενώ πρέπει να ληφθεί υπόψη τόσο η πιθανότητα αύξησης του κινδύνου εμφάνισης “ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων”, όσο και η πιθανότητα αύξησης του αριθμού των ελέγχων σε σύντομα χρονικά διαστήματα. Οι Αμερικανικές ασφαλιστικές εταιρείες προς το παρόν δεν φαίνονται διατεθειμένες να πληρώσουν για αυτές τις επιπλέον εξετάσεις, προκειμένου να δοθούν διαγνωστικές διευκρινίσεις στην περίπτωση του “ακτινογραφικά πυκνού μαστού” (Price, 2013).

Μαστογραφία

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης του ψευδώς αρνητικού ποσοστού του πληθυσμιακού ελέγχου με μαστογραφία, που ανέρχεται περίπου στο 25% - με ένα εύρος από 13% έως 41% - (Boyer και συν. 2004, Hovvindh και συν. 2008), έχει καθιερωθεί στη Γερμανία ο συνδυασμός κλινικής εξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος ως η βέλτιστη προσέγγιση από ιατρικής απόψεως για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού, η οποία έχει την υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη μεμονωμένη μέθοδο. Με εξαίρεση ειδικών περιπτώσεων (ηλικία < 40 ετών, κύηση), η πραγματοποίηση της μαστογραφίας (σήμερα της ψηφιακής μαστογραφίας) εξακολουθεί να θεωρείται το χρυσό πρότυπο όσον αφορά την επιλογή απεικονιστικής εξέτασης (Πίνακας 2) (Mundinger και συν. 2010). Η χρήση της για την αξιολόγηση κλινικών συμπτωμάτων, αναφέρεται ως «θεραπευτική» μαστογραφία. Η διαγνωστική αξιολόγηση με τη χρήση μαστογραφίας ορίζεται στην Αγγλική ορολογία ως “διαγνωστική μαστογραφία”. Περιλαμβάνει δε τη χρήση συμπληρωματικών προβολών, συμπίεσης, στόχευσης ύποπτων περιοχών και μεγέθυνση αυτών και τέλος εφαρμογή ειδικών τεχνικών όπως η στερεοστακτική απεικόνιση ή γαλακτογραφία. Όλα τα παραπάνω χρησιμοποιούνται για την αποσαφήνιση των κλινικών συμπτωμάτων, αλλά επίσης και για να χαρακτηρίσουν τα παθολογικά ευρήματα της μαστογραφίας (Barolow και συν. 2002). Η ψηφιακή τομοσύνθεση αποτελεί μία υποσχόμενη απεικονιστική διαδικασία τομογραφικής απεικόνισης του μαστού, τα ευρήματα της οποίας είναι περισσότερο διαφωτιστικά σε σχέση με αυτά της ψηφιακής μαστογραφίας.

Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα του μαστού είναι μία υψηλής διαγνωστικής αξίας επιπρόσθετη απεικονιστική μέθοδος, για την αποσαφήνιση των κλινικών ή/και μαστογραφικών ευρημάτων. Σε γυναίκες ηλικίας < 40 ετών αποτελεί τη διαγνωστική μέθοδο εκλογής (Schultz et Albert 2002, Duda και συν. 2004). Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση ή βιοψία με χονδρή βελόνη και η προεγχειρητική σήμανση με συρμάτινο οδηγό είναι γρήγορη, ασφαλής και πολύ χαμηλού κόστους. Οι περισσότερες μικρού μεγέθους ακτινολογικές ανωμαλίες διαμέτρου 5 – 10 χιλ., μπορούν να αναγνωρισθούν και να εντοπισθούν. Με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, μπορούν ακόμη να εντοπισθούν και ακτινολογικές ανωμαλίες μικρότερου μεγέθους. Ακόμα και αποτιτανώσεις εντός των πόρων ή ψευδοκυστικά ευρήματα σε DCIS αλλοιώσεις, μπορούν να επισημανθούν, υπό την προϋπόθεση ότι η αλλοίωση θα έχει

εντοπιστεί σε προηγηθείσα τρισδιάστατη απεικόνιση του μαστού (Mundinger και συν. 2010, Moon και συν.2010). Οι διαγνωστικοί περιορισμοί του υπερηχογραφήματος του μαστού εμφανίζονται, είτε στις περιπτώσεις καρκίνου που εμφανίζει μόνον αποτιτανώσεις χωρίς συνοδό μάζα, είτε στις περιπτώσεις αλλοιώσεων σε υπόβαθρο ινοκυστικής μαστοπάθειας. Τα διαγνωστικά αποτελέσματα εξαρτώνται πάντα από την ποιότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού και την εμπειρία του εξεταστή (Madjar και συν. 2006, Mundinger και συν. 2012).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2
Ενδείξεις για υπερηχογράφημα μαστού
1. BIRADS κατηγορίες 3, 4 και 5. Μαστογραφικά ευρήματα από τον πληθυσμιακό έλεγχο
2. Μη φυσιολογικά ή ύποπτα ευρήματα κατά την κλινική εξέταση (ανεξαρτήτως των αποτελεσμάτων της μαστογραφίας)
3. Απεικονιστική καθοδήγηση για ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους
4. Σταδιοποίηση και ανίχνευση των προγνωστικών παραγόντων με προεγχειρητική χημειοθεραπεία / ακτινοθεραπεία
5. Προεγχειρητική σήμανση και εντοπισμός
6. Παρακολούθηση της πορείας της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας
7. Μετεγχειρητική παρακολούθηση γυναικών με καρκίνο του μαστού
8. Πληθυσμιακός έλεγχος καρκίνου του μαστού σε μελέτες ελέγχου

Μαγνητική Μαστογραφία (MRI)

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοκιμασθεί η ευαισθησία της MRI (Heywang 1985) και έχει πιστοποιηθεί η αξία της ως τυποποιημένη μέθοδος απεικόνισης, όχι μόνο σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πολλά Κέντρα, αλλά και με την επέκταση της εφαρμογής της τόσο σε περιπτώσεις με διαγνωστικά προβλήματα όσο και στη μελέτη ομάδων υψηλού κινδύνου. Το διαγνωστικό όφελος της προεγχειρητικής σταδιοποίησης με MRI έναντι της μαστογραφίας και του υπερηχογραφήματος, έχει εκτιμηθεί με μεταανάλυσεις στο ποσοστό του 16% περίπου (Lehmann 2009, Sardaneli 2010). Διαγνωστικοί περιορισμοί μπορούν να προκύψουν σε πολύ μικρούς ή διάχυτα αναπτυσσόμενους όγκους, επίσης σε απουσία ενίσχυσης σήματος της MRI σε περιπτώσεις DCIS, και σε γενικευμένα διηθητικά καρκινώματα. Το προεγχειρητικό διαγνωστικό όφελος σε σχέση με τη μαστογραφία και το υπερηχογράφημα περιλαμβάνει αναλυτικά τα ακόλουθα:

- Βελτιωμένη εκτίμηση του μεγέθους του πρωταρχικού όγκου (7% έως 13%)
- Εντοπισμός περισσότερων σύστοιχων πολυεστιακών και πολυκεντρικών κακοήθων εστιών (16% έως 27%)
- Ανακάλυψη νέων ετερόπλευρων κακοήθων εστιών (1% έως 9%)
- Αλλαγή της διαχείρισης της χειρουργικής επέμβασης (12 έως 24%)

Ωστόσο δεν έχει ακόμα αποδειχθεί σε πολυεπίπεδες τυχαιοποιημένες μελέτες κάποιο πλεονέκτημα της προεγχειρητικής διάγνωσης με MRI σε σχέση με το ήδη καθιερωμένο πρότυπο σταδιοποίησης (Houssami 2008, Turnbull 2010). Εάν ο χειρουργός, στηριζόμενος στα αρνητικά ευρήματα μιας MRI, επιλέξει να πραγματοποιήσει μία χειρουργική εκτομή όχι αρκετά ευρεία, αυτό μπορεί να αποτελέσει ακόμα και μειονέκτημα για τις ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί σε μελέτες που έχουν λάβει χώρα, ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσιάζει όγκο επί εδάφους αρνητικής MRI (Peters 2011). Στο Γερμανικό πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου, η MRI δεν έχει επιβεβαιωμένο ρόλο στη διεκρίνιση αλλοιώσεων στον μαστό εξαιτίας της έλλειψης επαρκών στοιχείων. Στη διαγνωστική αξιολόγηση και στη μετέπειτα παρακολούθηση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, πέραν της μαστογραφίας, διενεργείται υπερηχογράφημα σε ειδικές περιπτώσεις, όπως, στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ επιπλεγμένων κύστεων και συμπαγών όγκων σε γυναίκες με BRCA 1 μετάλλαξη και σε οποιεσδήποτε ασυμμετρίες (Kuhl 2007). Ο περιορισμός των ενδείξεων διενέργειας MRI είναι απαραίτητος επειδή η MRI σε μη επιλεγμένες ασυμπτωματικές γυναίκες έχει ένα υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων. Επίσης μία ορμονική διέγερση του μαζικού αδένου μπορεί να εμφανίσει ψευδοαλλοιώσεις. Γι' αυτόν τον λόγο η MRI θα πρέπει να διενεργείται μεταξύ της 5ης και 15ης ημέρας του κύκλου σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ή μετά τη διακοπή της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Mann και συν. 2008).

Η εκτέλεση μαγνητικής μαστογραφίας προτείνεται για τις περιπτώσεις εκείνες που εμφανίζουν συγκεκριμένες ενδείξεις, συμπεριλαμβανομένης της ασαφούς εικόνας στη μετεγχειρητική παρακολούθηση, καθώς και στην παρακολούθηση γυναικών με καρκίνο του μαστού (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Διεθνώς αναγνωρισμένες ενδείξεις για διενέργεια MRI

1. Ερωτηματικά για πιθανή ρήξη της προθέσης
2. Διευκρίνιση διαφορικής διάγνωσης ή επανεμφάνιση ουλής σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση του μαστού (BCT: Breast Conserving Treatment), ή πολλαπλές βιοψίες.
3. Μεταστατικοί μασχαλίοι λεμφαδένες άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας με αρνητικά ευρήματα από τη μαστογραφία και το υπερηχογράφημα μαστού.
4. Ερωτηματικά που σχετίζονται με την πολυεστιακότητα, την πολυκεντρικότητα ή την ετερόπλευρη εντόπιση καρκινικών εστιών πριν από επέμβαση BCT, ιδιαίτερα σε περίπτωση λοβιδιακού καρκινώματος
5. Ερωτηματικά σε περιπτώσεις γυναικών με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού
6. Παρακολούθηση της ασθενούς ύστερα από προεγχειρητική χημειοθεραπείας

Συμπέρασμα στην κλινική πρακτική

Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία, διαγνωστική μέθοδος επιλογής για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί καταρχήν η μαστογραφία. Η διαγνωστική εκτίμηση της πλειονότητας των περιπτώσεων, τόσο στο πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου με μαστογραφία όσο και σε πιστοποιημένα Κέντρα Μαστού, επιτυγχάνεται με έναν συνδυασμό που περιλαμβάνει, την ψηλάφηση του μαστού και τη διενέργεια μαστογραφίας, και εάν χρειασθεί περαιτέρω μελέτη, αυτή πραγματοποιείται με διενέργεια επιπρόσθετων διαγνωστικών απεικονιστικών εξετάσεων, καθώς και με υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη βιοψία για λήψη υλικού προς ιστολογικό έλεγχο. Η ενσωμάτωση της προηγμένης υπερηχογραφικής τεχνολογίας με τη χρήση ραδιοσυχνότητας και ειδικών τεχνικών όπως, αρμονική απεικόνιση (Harmonic Imaging), σύμμεξη (compounding), τεχνικές Doppler, ελαστογραφία και μείωση στίγματος (speckle reduction), μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία κυρίως στα όρια μεταξύ "πιθανώς καλοήθους" και ύποπτων ευρημάτων. Στην καθημερινή πράξη, ένα υψηλής ποιότητας υπερηχογράφημα του μαστού είναι απαραίτητο για μια πρώτη εικόνα και στην πιθανή διευκρίνιση ορατών αλλοιώσεων σε ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία, ενώ σκόπιμο είναι το υπερηχογράφημα μαστού να συμπληρώνει μία άριστης ποιότητας μαστογραφία σε πρόγραμμα ατομικού προληπτικού ελέγχου σε γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Η εκτέλεση μαγνητικής μαστογραφίας προτείνεται σε συγκεκριμένες ενδείξεις όπως αναφέρθηκαν.

SAVE THE DATE



1^ο ΕΛΛΗΝΟ-ΤΟΥΡΚΙΚΟ ΣΥΝΔΕΡΙΟ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ
19-21 Ιουνίου 2014

1^{inci} YUNAN-TÜRK MEME HASTALIKLARI KONGRESI
19-21 Haziran 2014



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η Ελληνική Σχολή Μαστολογίας ιδρύθηκε το 2009 στην Αθήνα από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας και τελεί υπό την Αιγίδα της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας. Από φέτος τελεί και υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Κάθε χρόνο εξειδικεύει 40 περίπου ιατρούς στο αντικείμενο του μαστού. Οι Εκπαιδευτές της Σχολής, Έλληνες και ξένοι, καθώς και το Επιστημονικό Συμβούλιο της είναι ό,τι καλύτερο διαθέτει η χώρα μας.

Το ετήσιο πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε 5 κύκλους 2ήμερων μαθημάτων, συνολικής διάρκειας 100 ωρών.

Οι θεματικές ενότητες καλύπτουν όλο το φάσμα της Μαστολογίας, από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία, από το εργαστήριο μέχρι την κλινική του ασθενούς.

Οι κύκλοι σπουδών για το έτος 2014 είναι οι ακόλουθοι:

- 21, 22 Φεβρουαρίου 2014
- 11, 12 Απριλίου 2014
- 6, 7 Ιουνίου 2014
- 26, 27 Σεπτεμβρίου 2014
- 21, 22 Νοεμβρίου 2014

Τρεις περίπου μήνες μετά το πέρας των μαθημάτων λαμβάνουν χώρα γραπτές εξετάσεις του τύπου multiple choice. Το Δίπλωμα Σπουδών φέρει και την υπογραφή του εκάστοτε Προέδρου της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας.

Το δικαίωμα συμμετοχής στα μαθήματα μαζί με τις εξετάσεις είναι 500€.

Πληροφορίες στο τηλέφωνο 210 74 70 257 και στο email eam_1979@yahoo.gr.

Οι εγγραφές για το 2014 έχουν αρχίσει και τηρείται απόλυτη σειρά προτεραιότητας.



Αποκατάσταση Μαστού Μετά Από Μαστεκτομή

Αναστάσιος Τσεκούρας MD

Δ/της Πλαστικής Χειρουργικής Μαιευτηρίου Λητώ

Επιστημονικός Συνεργάτης Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας

Σύμβουλος Πλαστικός Χειρουργός Τμήματος Μαστού Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας

Εισαγωγή

Η αφαίρεση του μαστού, είναι λογικό να δημιουργεί στη γυναίκα άγχος, απώλεια θηλυκότητας, αίσθημα σεξουαλικής απόρριψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης και συχνά να την οδηγεί σε κατάθλιψη.

Τι εννοούμε όμως λέγοντας «αποκατάσταση του μαστού»;

Με τον όρο «αποκατάσταση του μαστού» εννοούμε την εκ νέου δημιουργία του αφαιρεθέντος μαστού. Αυτό επιτυγχάνεται μ' ένα σύνολο χειρουργικών επεμβάσεων σε γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή για καρκίνο. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των γυναικών που επιθυμούν την αποκατάσταση και οι επεμβάσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται στο θεραπευτικό πρωτόκολλο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

Η αποκατάσταση στοχεύει στην ανακατασκευή του **όγκου** και του **σχήματος** του μαστού και του **συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω**. Σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται και κάποιο είδους παρέμβαση στον ετερόπλευρο υγρή μαστό για την επίτευξη συμμετρίας.

Μπορεί να γίνει άμεσα μετά τη μαστεκτομή ή σε δεύτερο χρόνο, δηλ. μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Το πλεονέκτημα όταν η ανάπλαση γίνεται στον ίδιο χρόνο με τη μαστεκτομή είναι ότι η γυναίκα αμέσως μετά το χειρουργείο έχει και πάλι - κάποιο βαθμό - την αίσθηση και των δύο μαστών της.

Πόσοι τρόποι αποκατάστασης υπάρχουν;

Υπάρχουν πολλές σύγχρονες μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού, άλλες πιο απλές και άλλες πιο σύνθετες που ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες επεμβάσεων.

Στην πρώτη κατηγορία χρησιμοποιούμε εξειδικευμένους διατατήρες ιστών και ενθέματα σιλικόνης, των οποίων η ποιότητα και η ποικιλία επιλογής έχουν βελτιωθεί πολύ τα τελευταία χρόνια.

Πόσοι τρόποι αποκατάστασης υπάρχουν;

Υπάρχουν πολλές σύγχρονες μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού, άλλες πιο απλές και άλλες πιο σύνθετες που ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες επεμβάσεων.

- α) Στην πρώτη κατηγορία, των απλών μεθόδων, χρησιμοποιούμε εξειδικευμένους διατατήρες ιστών και ενθέματα σιλικόνης.
- β) Στη δεύτερη κατηγορία, των σύνθετων μεθόδων, χρησιμοποιούμε τους λεγόμενους **‘μυοδερματικούς κρημνούς’**.

Αμφότερες οι επεμβάσεις μπορούν να γίνουν στον ίδιο χρόνο με την αφαίρεση του μαστού ή σε δεύτερο (απώτερο) χρόνο, ανάλογα με την ογκολογική κατάσταση της ασθενούς.

Στην πρώτη κατηγορία των απλών μεθόδων χρησιμοποιούμε εξειδικευμένους διατατήρες ιστών και ενθέματα σιλικόνης, των οποίων η ποιότητα και η ποικιλία σχήματος και μεγέθους έχουν βελτιωθεί πολύ τα τελευταία χρόνια.

Στη βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνεται και η κατασκευή ενθεμάτων τραχείας επιφάνειας. Αυτή υπήρξε μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις στην τεχνολογία των ενθεμάτων. Αυτό έχει επιτρέψει σε μεγάλο βαθμό την ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της ρικνωτικής κάψας γύρω από το ένθεμα που αποτελούσε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στο παρελθόν. Μια αισθητικά ικανοποιητική αποκατάσταση μαστού θα πρέπει να έχει ομαλή κλίση στον άνω πόλο και μέγιστη προβολή στον κάτω πόλο.

Τα παλαιότερα, στρογγυλά ενθέματα είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός μαστού σφαιρικού σχήματος με κύριο μειονέκτημα την πρόκληση μη φυσιολογικής διόγκωσης στον άνω πόλο. Σήμερα όμως μας δίνεται η δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε άλλου σχήματος ενθέματα, πλην των στρογγυλών σχεδιασμένα με βάση τον ιδανικό μαστό, γι' αυτό και τα ονομάζουμε **ανατομικά ενθέματα**.

Με τα ανατομικά ενθέματα μπορούμε πλέον να επιλέξουμε το κατάλληλο για την περίπτωση, με βάση το σχήμα και τις διαστάσεις του μαστού και όχι μόνον με τον όγκο του. Έτσι μπορούμε να επιλέξουμε ενθέματα διαφορετικού ύψους (height) και προβολής (projection) ανάλογα με το σωματότυπο της γυναίκας. Το τριπλό περίβλημα του φακέλου τους από μη ομοειδή προς τη σιλικόνη στρώματα ελαχιστοποιεί τη διαπίδυση σιλικόνης στους ιστούς.

Η αποκατάσταση με ενθέματα έχει το πλεονέκτημα της απλότητας με πολύ καλό αισθητικό αποτέλεσμα και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα ή σε δυο στάδια.

Χειρουργική Τεχνική

Στις άμεσες αποκαταστάσεις, ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή, ο μείζων θωρακικός μυς διαχωρίζεται στην κατεύθυνση των ινών του και κατόπιν με αμβλεία αποκόλληση υπό τον μείζονα θωρακικό, τον πρόσθιο οδοντωτό και τον ορθό κοιλιακό δημιουργείται μια εξ' ολοκλήρου υπό τον μυ θήκη (Φωτο 1) στην οποία τοποθετείται ο διατατήρας που έχει επιλεγεί και που φέρει απομακρυσμένη από το ένθεμα βαλβίδα εγχύσεως (Φωτο 2). Η πρώτη έγχυση με φυσιολογικό ορό στον διατατήρα γίνεται διεγχειρητικά.

Μετεγχειρητικά, οι εγχύσεις φυσιολογικού ορού συνεχίζονται ανά 2 εβδομάδες. Όταν περατωθεί η διαδικασία, ο διατατήρας αφήνεται στη θέση του για 3 μήνες (Φωτο 3, 4) για να ακολουθήσει στη συνέχεια το δεύτερο στάδιο της αποκατάστασης, η αντικατάστασή του δηλαδή από το μόνιμο ανατομικό ένθεμα σιλικόνης συνήθως μέσω της τομής της μαστεκτομής (Φωτο 5, 6).



Φωτό 1



Φωτό 2



Φωτό 3

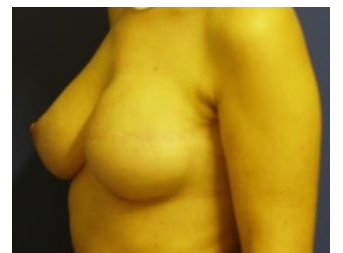


Φωτό 4

Διατατήρας γεμάτος. Συνήθως σε αυτό το στάδιο παρατηρείται κάποιου βαθμού διόγκωση του άνω πόλου. Αυτό συμβαίνει λόγω της ύπαρξης της ενσωματωμένης βαλβίδας έγχυσης κ λόγω του ότι ο διατατήρας είναι λίγο μεγαλύτερος σε μέγεθος απ' ό,τι το μόνιμο ένθεμα.



Φωτό 5

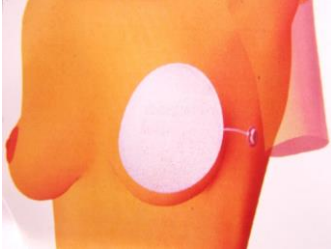


Φωτό 6

Τελικό αποτέλεσμα μετά το 2ο στάδιο. Σημ: στον ετερόπλευρο μαστό έγινε αυξητική.

Στις αποκαταστάσεις σε απώτερο χρόνο ο διατατήρας τοποθετείται υπό τον μείζονα θωρακικό μυ μέσω μικρής τομής στην υπομαστίο πτυχή ή μέσω τμήματος της παλαιάς ουλής. Η υπόλοιπη τεχνική είναι ουσιαστικά η ίδια.

Στις αποκαταστάσεις ενός σταδίου χρησιμοποιείται ειδική πρόθεση. Αυτή αποτελείται από ένα εξωτερικό κέλυφος σιλικόνης τραχείας επιφανείας που εμπεριέχει δυο θαλάμους. Ο έξω θάλαμος περιέχει γέλη σιλικόνης σε ποσοστό 50% του προβλεπόμενου τελικού όγκου. Ενώ ένας μικρότερος εσωτερικός θάλαμος -που έχει δυνατότητα πληρώσεως- βρίσκεται στον κάτω πόλο του όλου ενθέματος και μέσω αυτού ολοκληρώνεται ο επιθυμητός όγκος του ενθέματος. Αυτό γίνεται με έγχυση φυσιολογικού ορού διαμέσου της απομακρυσμένης από το ένθεμα βαλβίδας εγχύσεως. Η τοποθέτησή του γίνεται όπως περιγράφηκε παραπάνω.



Σχήμα 1. Ένθεμα ενός σταδίου με απομακρυσμένη βαλβίδα έγχυσης σχηματικά



Φωτό 7. Τελικό αποτέλεσμα μετά την αφαίρεση της βαλβίδας έγχυσης

Στη δεύτερη κατηγορία, στις πιο σύνθετες χρησιμοποιούμε τους λεγόμενους **μυοδερματικούς κρημνούς**, δηλαδή τμήματα δέρματος με άφθονο υποδόριο λίπος και τμήμα μυός που μεταφέρονται με ειδικό τρόπο από κάποιο άλλο σημείο του σώματος -όπως η πλάτη, η κοιλιακή χώρα ή ο γλουτός- στη θέση του μαστού που αφαιρέθηκε. Στην περίπτωση αυτή ως επί το πλείστον δεν χρησιμοποιούμε ένθεμα σιλικόνης.

Χειρουργική Τεχνική

Στις **άμεσες αποκαταστάσεις** με μυοδερματικούς κρημνούς, αμέσως μετά τη μαστεκτομή, παρασκευάζεται ο κρημνός που έχει επιλεγεί (δότρια περιοχή) και μεταφέρεται στη θέση της μαστεκτομής (λήπτρια περιοχή) είτε στηριζόμενος στον αγγειακό του μίσχο **-μυοχωτοί κρημνοί-**, είτε αφού αποκοπεί πλήρως από τη δότρια περιοχή με μικροχειρουργική αναστόμωση των τροφοφόρων αγγείων του σε κατάλληλα αγγειακά στελέχη στην περιοχή της μαστεκτομής **-ελεύθεροι κρημνοί-**.

Στις **αποκαταστάσεις σε απώτερο χρόνο**, η τεχνική είναι ουσιαστικά η ίδια. Τα είδη μυοδερματικών κρημνών που διαθέτουμε περιγράφονται παρακάτω :

Ο **εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM)** παραμένει η χρυσή επιλογή στην αποκατάσταση του μαστού με αυτόλογους ιστούς. Όταν χρησιμοποιείται ως ελεύθερος κρημνός, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι πολύ ικανοποιητικό και επιτυγχάνεται άμεσα ο απαιτούμενος βαθμός 'φυσικής' πτώσης του μαστού. Είναι όμως πολύωρη επέμβαση και χρειάζεται εξειδικευμένη μετεγχειρητική φροντίδα. (Φωτο 8,9).

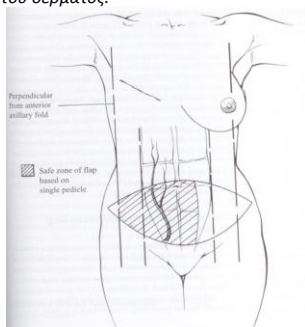


Φωτό 8

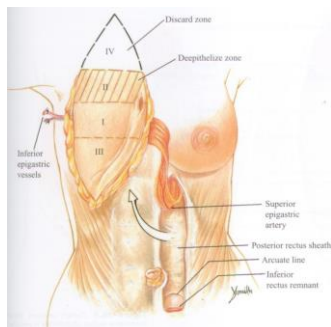


Φωτό 9

Άμεση αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό TRAM μετά από μαστεκτομή με διατήρηση του δέρματος.



Σχήμα 2. Σχεδιασμός μισχωτού κρημνού TRAM και μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής σχηματικά.



Η **αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας** άλω σε όλες τις περιπτώσεις προτιμάται να γίνεται σε ξεχωριστό χρόνο με τη χρησιμοποίηση τοπικών κρημνών για την αποκατάσταση της θηλής (Φωτο 10) και για την αποκατάσταση της άλω είτε με δερματοστιξία ή με χρήση ελεύθερου δερματικού μοσχεύματος από τη μηροβουβωνική χώρα (Φωτο 11).



Φωτό 10



Φωτό 11

Η **επέμβαση στον ετερόπλευρο υγρή μαστό** για επίτευξη συμμετρίας, όταν απαιτείται, γίνεται ταυτόχρονα με το δεύτερο στάδιο της αποκατάστασης, εκτός εάν πρόκειται για αποκατάσταση ενός σταδίου (Φωτο 12, 13).



Φωτό 12



Φωτό 13

Τελικό αποτέλεσμα σε αποκατάσταση σε απώτερο χρόνο του δεξιού μαστού και μειωτική στον αριστερό μαστό.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το αισθητικό αποτέλεσμα μετά την επέμβαση είναι πολύ ικανοποιητικό και βοηθάει πολύ σημαντικά στην καλύτερη ποιότητα ζωής των γυναικών.

Προσφάτως, η έρευνα στον λιπώδη ιστό ως πηγή βλαστοκυττάρων, έχει οδηγήσει στη χρήση αυτόλογου λίπους με κατάλληλη επεξεργασία για τη μορφοποίηση του αποκατασταθέντος μαστού μετά τη μαστεκτομή.

Με βάση τη βιβλιογραφία στην επανορθωτική χειρουργική του μαστού, η αυτόλογη μεταμόσχευση λιπώδους ιστού έχει χρησιμοποιηθεί με τις ακόλουθες ενδείξεις:

- Μετά από αποκατάσταση του μαστού με ενθέματα για την τελική του μορφοποίηση τοποθέτηση του περιμετρικά
- Μετά από αποκατάσταση με αυτόλογους ιστούς για την αύξηση του όγκου και τη βελτιστοποίηση του σχήματος του μαστού
- Για την αντικατάσταση του ενθέματος σε περιπτώσεις μη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων αποκατάστασης με συνδυαστικές τεχνικές (κρημνός και ένθεμα)
- Στη διέγερση της νεο-αγγειογένεσης για τη βελτίωση των χρόνιων ισχαιμικών βλαβών του δέρματος μετά την ακτινοθεραπεία (NICE 2012).

Άλλοι μυοδερματικοί κρημνοί που μπορούμε να μεταχειρισθούμε είναι: του πλατέως ραχιαίου, του μείζονος γλουτιαίου μυός, ο κρημνός της έσω περισιωμένης λαγώνιου αρτηρίας (Rubens Flap) και ο κρημνός της διατητρώσας της εν τω βάθει επιγαστρίας αρτηρίας (DIEP).

Ασφαλώς, όμως, το ποια μέθοδος θα χρησιμοποιηθεί είναι θέμα που ο πλαστικός χειρουργός θα συζητήσει με την ασθενή και αφού της εξηγήσει τις διάφορες χειρουργικές μεθόδους αποκατάστασης, σε συνεννόηση μαζί της θα καταλήξουν στην κατάλληλη για εκείνη επέμβαση.

Υπάρχουν κίνδυνοι από την επέμβαση αποκατάστασης;

Τα πιθανά συμβάματα περιορίζονται κυρίως στις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση όπως αιμάτωμα, συλλογή υγρού, υπερτροφική ουλή, διάσπαση του τραύματος και στις περιπτώσεις που η αποκατάσταση γίνεται με ένθεμα σιλικόνης, πιθανότητα απόρριψης του ενθέματος, συνήθως τις πρώτες εβδομάδες ή η δημιουργία ρικνωτικής κάψας σε βάθος χρόνου, που όμως και οι δύο αποτελούν σπάνιες επιπλοκές.

Ποια ασθενής είναι κατάλληλη για αποκατάσταση;

Οι περισσότερες ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι κατάλληλες για αποκατάσταση του μαστού η οποία μπορεί να γίνει ή στο ίδιο χειρουργείο με τη μαστεκτομή ή σε αργότερο χρόνο. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που θα πρέπει για ογκολογικούς κυρίως λόγους η αποκατάσταση του μαστού να καθυστερήσει και να γίνει σε δεύτερο χρόνο.

Τι προσφέρει η αποκατάσταση του μαστού;

Παρότι η αποκατάσταση του μαστού δεν μπορεί φυσικά να ξαναδώσει στη γυναίκα τον μαστό που έχασε λόγω της νόσου, τα οφέλη είναι σημαντικά και θα λέγαμε προφανή. Ο νέος «μαστός» που θα δημιουργηθεί θα είναι πολύ καλύτερος και πιο αποδεκτός από μια εξωτερική πρόθεση στερεωμένη στον στήθος.

Η γυναίκα διευκολύνεται σημαντικά στις καθημερινές της δραστηριότητες (π.χ. ντύσιμο, άσκηση, διακοπές) αφού δεν κινδυνεύει να της φύγει η πρόθεση, με αποτέλεσμα σιγά-σιγά να κερδίσει πάλι τη χαμένη της αυτοπεποίθηση.

Το εύρος δε των επιλογών που υπάρχουν σήμερα δίνει την δυνατότητα να επιτυγχάνουμε αποτελέσματα αισθητικά πολύ ικανοποιητικά και προπάντων σταθερά που μπορούν να αναπαραχθούν σε όλες σχεδόν τις γυναίκες (Φωτο 14, 15).



Φωτό 14



Φωτό 15

Τελικό αποτέλεσμα σε άμεση αποκατάσταση δεξιού μαστού με διατατήρα και ένθεμα (δύο σταδίων) και μαστοπηξία στον αριστερό μαστό.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι όπου η Ογκολογική κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει, η ασθενής έχει δικαίωμα στην αποκατάσταση, εφ' όσον και η ίδια το επιθυμεί.

Βιβλιογραφία

1. Malyon AD, Husein M, Weiler-Mithoff EM: How many procedures to make a breast? Br J Plast Surg. 2001 Apr; 54(3):227-31
2. Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD: Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer Br J Surg. 2000 Nov; 87(11): 1455-72
3. Webster DJT, Mansel RE, Hughes LE. Immediate reconstruction of the breast after mastectomy. Is it safe? Cancer 1984;53:1416-19
4. Johnscson CH, van Heerden JA, Donohue JH. Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. Arch Surg 1989; 124: 819-24
5. Noone RB, Frazier TG et al. Recurrence of breast carcinoma following immediate reconstruction: a 13-year review. Plast Rec Surg 1994; 93:96-106
6. Shons AR, Mosiello G: Postmastectomy breast reconstruction: current techniques. Cancer Control. 2001 Sep-Oct; 8(5): 419-426
7. Reynaud JP, Tassin X: Past, present and future of breast implants Ann Chir Plast Esthet. 2003 Oct; 48(5):389-98
8. McGeorge, Mandhi S., Tsekouras A.: Breast reconstruction with anatomical expanders and implants: our early experience. Brit J Plast Surg. 1996; 49: 352-357
9. NICE- Breast reconstruction using lipomodelling after breast cancer treatment, Jan 2012

breastlight™

ρίξτε φως στην πρόληψη



νιώστε μεγαλύτερη σιγουριά για την υγεία του στήθους σας.

www.breast-light.gr



Stark & Watson

Βελτιώνοντας την Υγεία. Εξασφαλίζοντας Παύση Ζωής

Τ. +30 2109944403 - F. +30 2109944408

@. info@breast-light.gr www.breast-light.gr



Facebook.com/breastlightgreece

Twitter.com/StarkandWatson

Linkedin.com/company/stark-&-watson

www.youtube.com/StarkandWatson

Δημογραφικά Στοιχεία Ασθενών Με Καρκίνο Του Μαστού που επισκέφθηκαν το Κέντρο Έλλη Λαμπέτη από 01/01/2012 – 30/06/2013

Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα ¹, Καλλιόπη Σκορδέλη ², Δημήτριος Παπαδημητρίου ³, Βασίλης Γεωργούντζος ⁴, Πέτρος Μαλακάσης ⁵, Ξενοφών Βακάλης ⁶, Μαριάννα Μπιτσάκου ²
¹ Ε.Καθηνήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Γυναικολόγος Χειρουργός- Ειδ. Μαστολόγος ² Ψυχολόγος Κέντρου Έλλη Λαμπέτη, ³ Γενικός Χειρουργός, ⁴ Ακτινοδιαγνώστης, Συντονιστής- Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς, ⁵ Ακτινοδιαγνώστης Δ/ντης Τμήματός Μαστογραφίας Λητώ, ⁶ Ακτινοθεραπευτής 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήγη νεοπλασία στις γυναίκες τόσο στον ανεπτυγμένο, όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. (WHO 2013). Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού συνδέεται στενά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και με τον τρόπο ζωής. Είναι ένας από τους ελάχιστους καρκίνους, που τα ποσοστά εμφάνισης του είναι μικρότερα στις γυναίκες που ζουν σε αναπτυσσόμενες περιοχές, όπως για παράδειγμα στην υπο-Σαχάρα Αφρική, που έχει τη χαμηλότερη επίπτωση παγκοσμίως, αν και στην ίδια περιοχή σημειώνεται το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας, λόγω μη έγκαιρης διάγνωσης (Coleman, 2008).

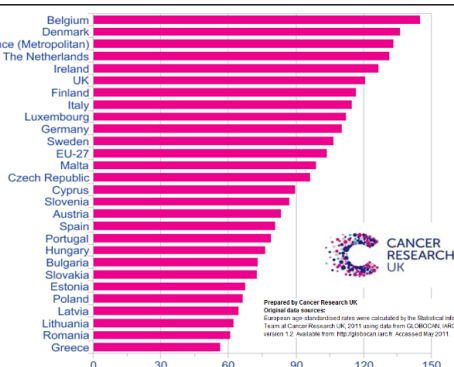
Στοιχεία μελετών από την τετραετία 2000 - 2004 δείχνουν ότι στην Ευρώπη η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι περίπου κατά 25% μεγαλύτερη σε γυναίκες που ζουν σε περιοχές με υψηλότερο μέσο εισόδημα, συγκρινόμενες με αυτές που ζουν σε περιοχές χαμηλότερου εισοδήματος. Υπολογίσθηκε δε, ότι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο θα προσετίθεντο 2.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού κάθε χρόνο, για το χρονικό διάστημα 2000-2004, εάν όλες οι γυναίκες είχαν το ίδιο υψηλό βιοτικό επίπεδο. Αυτά τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα, δοθέντος ότι πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού, όπως για παράδειγμα η καθυστερημένη πρώτη εγκυμοσύνη, η χρήση της από του στόματος λήψης αντισυλληπτικών, η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης, ο μειωμένος χρόνος θηλασμού, ο μικρότερος αριθμός παιδιών, η κατάχρηση αλκοόλ, η παχυσαρκία και το χαμηλό ποσοστό σωματικής άσκησης, είναι περισσότερο κυρίαρχοι σε πληθυσμούς που ακολουθούν τον δυτικό τρόπο ζωής και έχουν συνολικά υψηλότερο βιοτικό επίπεδο (Danaei και συν. 2005, IARC, 2008, Lacey και συν.2009).

Καθίσταται σαφές συνεπώς, ότι η αύξηση του βιοτικού επιπέδου στην Ελλάδα τα τελευταία 30 χρόνια, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης—δεδομένου ότι η ηλικία σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού— η περαιτέρω μείωση του πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές της χώρας το ίδιο χρονικό διάστημα, με παράλληλη ενίσχυση της αστυφιλίας και υιοθέτηση προτύπων διαβίωσης παρόμοιων με αυτά που κυριαρχούν στις παραδοσιακά περισσότερο ανεπτυγμένες οικονομίες των χωρών της Βόρειας Ευρώπης και Αμερικής, οδήγησε στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις Ελληνίδες (Peto, 2001).

Δυστυχώς όμως, μολονότι βρισκόμαστε στα μισά της δεύτερης δεκαετίας του 21ου αιώνα, η χώρα μας εξακολουθεί να μην διαθέτει Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών, με αποτέλεσμα η Ιατρική κοινότητα να στερείται του σημαντικότερου εργαλείου που είναι απαραίτητο για τον καθορισμό των αναγκών εκείνων πολιτικών, που θα οδηγήσουν σταδιακά όχι μόνο στην μείωση της θνησιμότητας, μέσω κυρίως της έγκαιρης διάγνωσης, της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης και της κατάλληλης μετεγχειρητικής παρακολούθησης αλλά και στην επιλογή των κατάλληλων διαγνωστικών προσεγγίσεων και θεραπευτικών μεθόδων, ώστε να δημιουργείται μια βέλτιστη σχέση μεταξύ θεραπευτικού αποτελέσματος και κόστους. Τα στατιστικά στοιχεία που διαθέτει συνεπώς από την Ελλάδα ο ΠΟΥ* όχι μόνο είναι κατά προσέγγιση, αλλά μπορούν κατά περίπτωση να δημιουργήσουν και στρεβλώσεις. Το παράδειγμα του ΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ 1 είναι χαρακτηριστικό.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Breast Cancer (C50) 2008 Estimates

European Age-Standardised Mortality Rates per 100,000 population, Females, EU27 Countries

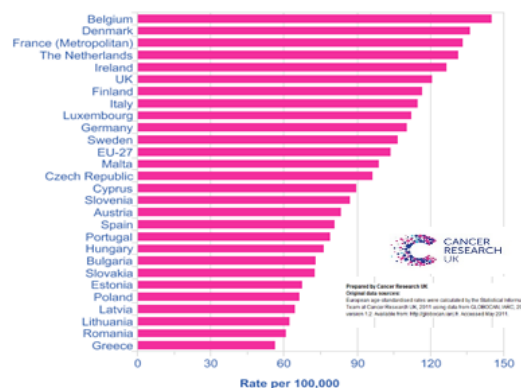


Η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση με λιγότερες από 60 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ανά 100.000 γυναίκες κατά το έτος 2008. Την ίδια στιγμή, όμως χώρες όπως η Κύπρος, η Μάλτα που βρίσκονται στην ίδια περίπου γεωγραφική περιοχή με την Ελλάδα και έχουν παρόμοιο βιοτικό επίπεδο, εμφανίζουν αντίστοιχα 90 και 96 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ανά 100.000 γυναίκες. Ακόμα και χώρες με πολύ χαμηλότερο κατά κεφαλήν εισόδημα από την Ελλάδα, όπως η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Πορτογαλία εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του μαστού.

Από την άλλη, το **ΓΡΑΦΗΜΑ 2**, δείχνει ότι τα ποσοστά της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι σχετικά χαμηλά συγκρινόμενα με αυτά πιο ανεπτυγμένων χωρών, αλλά εξακολουθούμε να υπολείπομαστε από χώρες με παρόμοιο ή και χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο από το δικό μας. Και πάλι όμως, πρέπει να υπάρχει επιφύλαξη στη χρησιμοποίηση των κατωτέρω στοιχείων που αφορούν την Ελλάδα, επειδή είναι αμφίβολος ο βαθμός αξιοπιστίας τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Breast Cancer (C50) 2008 Estimates

European Age-Standardised Mortality Rates per 100,000 population, Females, EU27 Countries



Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη» (ΚΕΛ)

Το 2002 η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, έπειτα από Πανελλαδική έρευνα που διενεργήθηκε σε δείγμα 3.170 γυναικών, αναγνώρισε την πρώτη σε συχνότητα ανάγκη των γυναικών για τη δημιουργία Κέντρων Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης τόσο των γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού, όσο και των μελών των οικογενειών τους, και προχώρησε στην ίδρυση του Κέντρου «Έλλη Λαμπέτη». Η λειτουργία του Κέντρου τα 12 αυτά χρόνια, πέρα από την υποστήριξη που προσέφερε **δωρεάν** σε πάνω από 4.500 επισκέψεις γυναικών με καρκίνο του μαστού και μελών των οικογενειών τους με εξειδικευμένους ψυχολόγους, δημιούργησε και τις προϋποθέσεις προκειμένου να αναπτυχθεί μία βάση δεδομένων με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Έτσι παρέχεται η δυνατότητα στο επιστημονικό προσωπικό του «Έλλη Λαμπέτη» να αντλήσει πολύτιμες πληροφορίες που σχετίζονται με το προφίλ των επισκεπτών, αλλά και να σχεδιάζει δράσεις, που σκοπό έχουν την αρτιότερη παροχή επιστημονικών υπηρεσιών στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και τα μέλη των οικογενειών τους που αναζητούν υποστήριξη, ιδίως σε αυτή τη δύσκολη συγκυρία που διέρχεται η χώρα.

Στο πλαίσιο αυτά οι επιστημονικοί συνεργάτες του Κέντρου «Έλλη Λαμπέτη» συγκέντρωσαν δεδομένα του χρονικού διαστήματος μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Ιουνίου 2013, τα επεξεργάστηκαν και δημιούργησαν το προφίλ των γυναικών που επισκέφθηκαν το Κέντρο κατά τη χρονική αυτή περίοδο, το οποίο και παρουσιάζεται κατωτέρω.

*Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – WHO World Health Organization

Υλικό & Μέθοδος

Επί συνόλου 379 ατόμων που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ, 246 ήταν γυναίκες με καρκίνο του μαστού, 36 ήταν μέλη οικογενειών γυναικών στις οποίες υπήρχε συγγενής (μητέρα, αδελφή, κόρη) που είχε διαγνωσθεί με Ca μαστού. Επιπλέον, προσήλθαν 97 γυναίκες με βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό, οι οποίες αναζητήσαν περαιτέρω ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη.

Έγινε στατιστική επεξεργασία των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών με Ca μαστού κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο 2012 έως τον Ιούνιο 2013, με σκοπό τον σχεδιασμό εξειδικευμένων παρεμβάσεων.

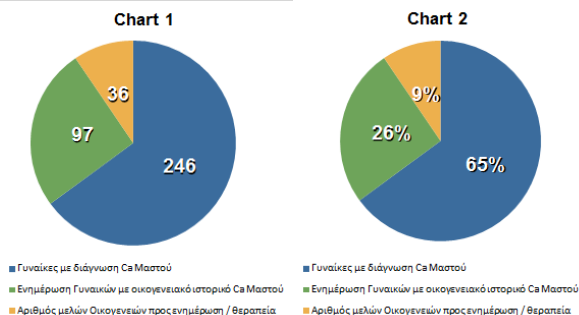
Τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας περιγράφονται αναλυτικά στους πίνακες που ακολουθούν.

Παρατηρήσεις

1. Στον Πίνακα 3 δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν περαιτέρω γεωγραφικά, τα 49 άτομα που κατοικούν εκτός Αττικής.
2. Στον Πίνακα 4 δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα προκειμένου να γίνει διαχωρισμός μεταξύ άγαμων και διαζευγμένων γυναικών, και γι' αυτό το λόγο οι δύο αυτές κατηγορίες υπάγονται από κοινού στην κατηγορία "Άγαμες".
3. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τις μονογονεϊκές οικογένειες, και γι' αυτό το λόγο ο Πίνακας 5 περιλαμβάνει στοιχεία για τα τέκνα μόνο των έγγαμων γυναικών.

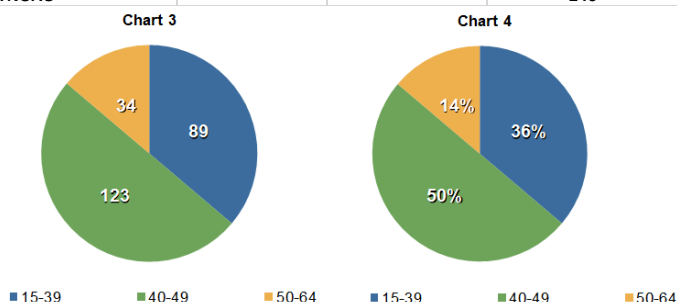
Αποτελέσματα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1			
Επισκέψεις στο ΚΕΛ από 01/01/2012 έως 30/06/2013			
	Γυναίκες με διάγνωση Ca Μαστού	Ενημέρωση Γυναικών με οικογενειακό ιστορικό Ca Μαστού	Αριθμός μελών Οικογενειών πασχουσών
	246	97	36
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ			379



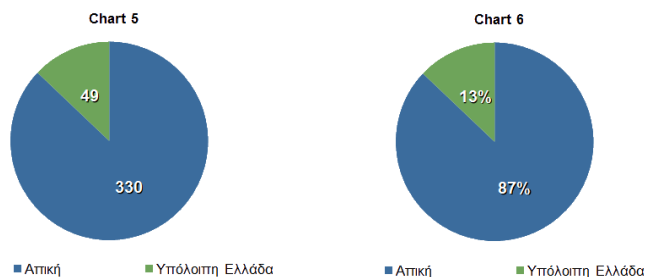
Στον Πίνακα 1 φαίνεται ο αριθμός των γυναικών με διάγνωση Καρκίνου Μαστού (N= 246) που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ, ο αριθμός συγγενών ασθενών (N=36) και ο αριθμός γυναικών με βεβαρυμένο ιστορικό που προσήλθαν για ενημέρωση (N=97), επί συνόλου 379 ατόμων που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ την περίοδο Ιανουαρίου 2012 μέχρι τον Ιούνιο του 2013.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2			
Κατανομή σε ηλικιακές ομάδες γυναικών με Ca μαστού που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ			
	< 40	40-49	50-64
Γυναίκες με Ca μαστού	89	123	34
ΣΥΝΟΛΟ			246



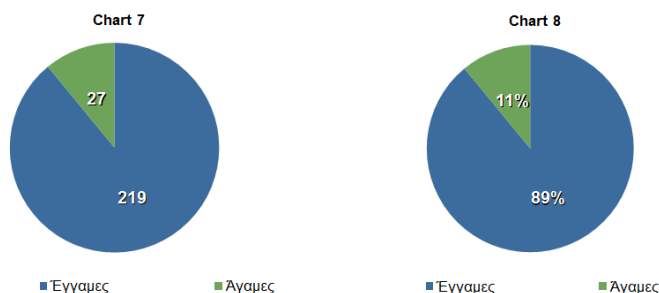
Στον Πίνακα 2 φαίνεται πως από το σύνολο των ασθενών (N=246) οι 89 ήταν κάτω των 40, οι 123 στη δεκαετία 40-49, ενώ οι υπόλοιπες 34 ήταν 50-64 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3		
Τόπος Μόνιμης Κατοικίας Επισκεπτών ΚΕΛ		
Τόπος Διαμονής Επισκεπτών	Αττική	Υπόλοιπη Ελλάδα
	330	49
ΣΥΝΟΛΟ		379



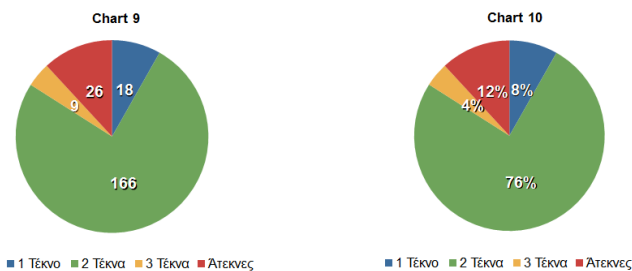
Στον Πίνακα 3 φαίνεται ότι από το σύνολο των επισκεπτών του ΚΕΛ (N=379) οι 330 είχαν μόνιμο τόπο διαμονής την Αττική, ενώ μόνο οι 49 ήταν από την υπόλοιπη Ελλάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4			
Οικογενειακή Κατάσταση Γυναικών με Ca Μαστού επισκεπτριών του ΚΕΛ			
Γυναίκες με Ca Μαστού	Έγγαμες	Άγαμες	Σύνολο
	219	27	246



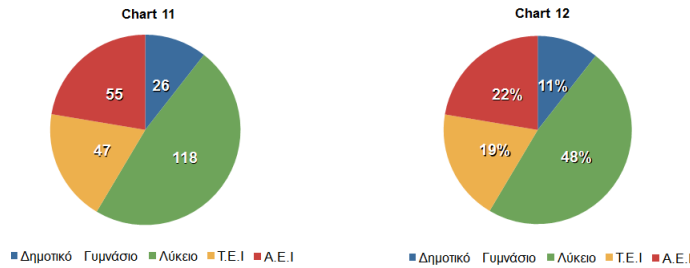
Στον Πίνακα 4 φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών του ΚΕΛ (N=246), εκ των οποίων οι 219 ήταν έγγαμες, ενώ οι 27 ήταν άγαμες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5				
Αριθμός Τέκνων Έγγαμων Γυναικών με Ca Μαστού				
Έγγαμες με Ca Μαστού	1 Τέκνο	2 Τέκνα	3 Τέκνα	Άτεκνες
	18	166	9	26
ΣΥΝΟΛΟ				219



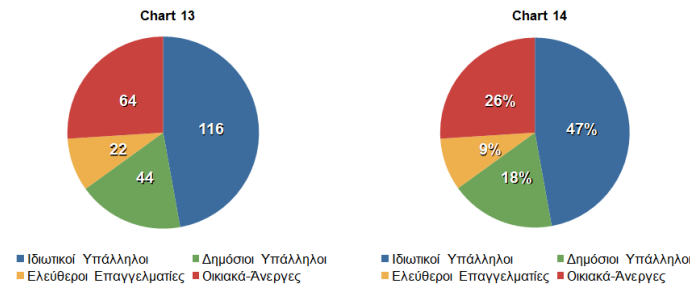
Ο Πίνακας 5 δείχνει την κατανομή παιδιών επί συνόλου των εγγάμων ασθενών του ΚΕΛ (N=219). Οι 18 είχαν 1 παιδί, οι 166 2 παιδιά και οι 9 τρία παιδιά και πάνω, ενώ 26 γυναίκες ήταν άτεκνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6				
Επίπεδο Μόρφωσης Γυναικών με Ca Μαστού				
Μορφωτικό Επίπεδο Γυναικών με Ca Μαστού	Δημοτικό Γυμνάσιο	Λύκειο	Τ.Ε.Ι	Α.Ε.Ι
	26	118	47	55
ΣΥΝΟΛΟ				246



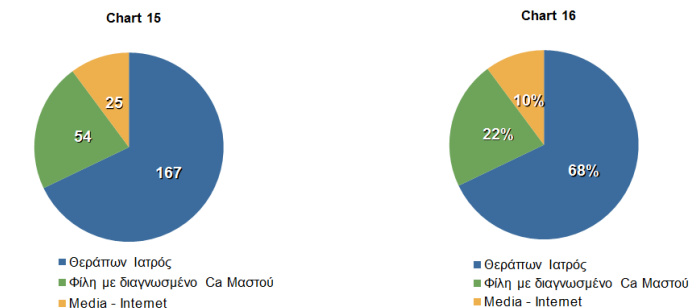
Ο Πίνακας 6 αναφέρεται στο μορφωτικό επίπεδο των γυναικών με καρκίνο του μαστού που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ (N=246), εκ των οποίων 26 ήταν απόφοιτες υποχρεωτικής εκπαίδευσης, 118 ήταν απόφοιτες Λυκείου, 47 ήταν απόφοιτες ΤΕΙ και 55 απόφοιτες ΑΕΙ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7				
Επαγγελματική Δραστηριότητα Γυναικών με Ca Μαστού				
Επαγγελματική Κατάσταση	Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	Δημόσιοι Υπάλληλοι	Ελεύθεροι Επαγγελματίες	Οικιακά-Άνεργες
	116	44	22	64
ΣΥΝΟΛΟ				246



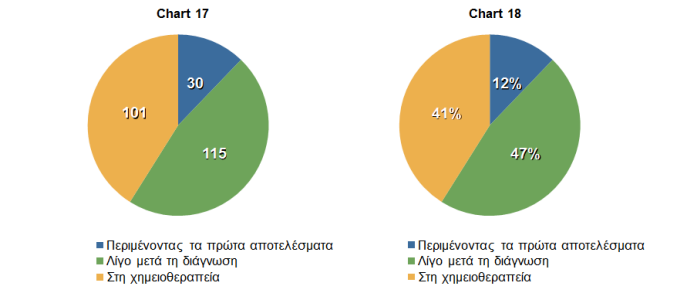
Στον Πίνακα 7 απεικονίζεται η εργασιακή δραστηριότητα των γυναικών που επισκέφθηκαν το ΚΕΛ (N=246), εκ των οποίων 116 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 44 δημόσιοι υπάλληλοι, 22 ελεύθεροι επαγγελματίες και 64 άνεργες ή ασχολούμενες με οικιακά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8			
Παραπομπή ή σύσταση για παροχή υπηρεσιών από το ΚΕΛ			
Παραπομπή ή σύσταση	Θεράπων Ιατρός	Φίλη με διαγνωσμένο Ca Μαστού	Media - Internet
	167	54	25
ΣΥΝΟΛΟ			246



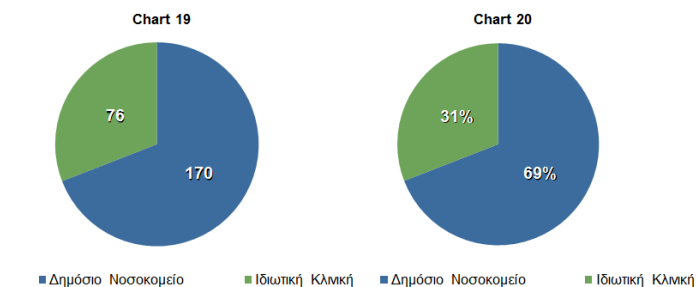
Στον Πίνακα 8 φαίνεται η δίοδος παραπομπής στο ΚΕΛ, εκ των οποίων η πλειοψηφία (N=167) έγινε από το θεράποντα ιατρό, 54 ενημερώθηκαν από μέλος του κοινωνικού περιβάλλοντος με καρκίνο μαστού, ενώ 25 άτομα ενημερώθηκαν από μέσα ενημέρωσης και internet.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9			
Σε ποιά φάση βρίσκεται η γυναίκα στην πρώτη της επίσκεψη στο ΚΕΛ			
Πρώτη Επίσκεψη	Πριν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού	Λίγο μετά τη διάγνωση	Στη χημειοθεραπεία
	30	115	101
ΣΥΝΟΛΟ			246



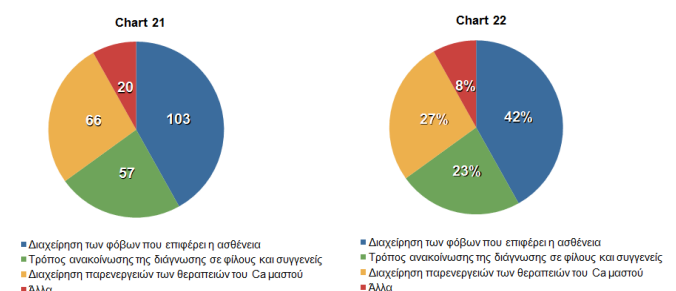
Ο Πίνακας 9 αναφέρει τη φάση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα στην πρώτη της επίσκεψη στο ΚΕΛ (N=246), εκ των οποίων 30 επικοινωνήσαν περιμένοντας τα πρώτα αποτελέσματα, δηλαδή πριν τη διάγνωση, 115 μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και 101 κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10		
Επιλογή Νοσηλευτικού Ιδρύματος για τη Θεραπευτική τους Αγωγή		
Επιλογή Νοσηλευτικού Ιδρύματος	Δημόσιο Νοσοκομείο	Ιδιωτική Κλινική
	170	76
ΣΥΝΟΛΟ		246



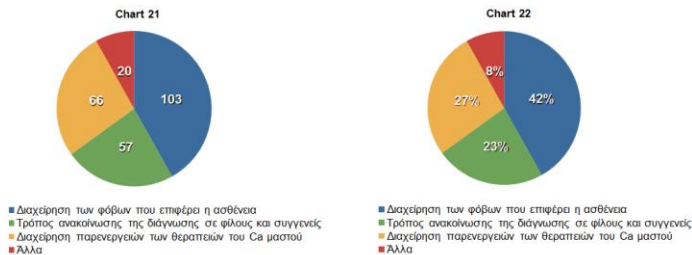
Στον Πίνακα 10 φαίνεται πως από το σύνολο ασθενών του ΚΕΛ (N=246) οι 170 αντιμετωπίστηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ 76 σε ιδιωτική κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11				
Συχνότερα Αιτήματα στο ΚΕΛ των Γυναικών με Ca Μαστού				
Αιτήματα	Διαχείριση των φόβων που επιφέρει η ασθένεια	Τρόπος ανακοίνωσης της διάγνωσης σε φίλους και συγγενείς	Διαχείριση παρενεργειών των θεραπειών του Ca μαστού	Άλλα
	103	57	66	20
ΣΥΝΟΛΟ				246



Στον Πίνακα 11 αναφέρονται οι συχνότεροι για τους οποίους απευθύνθηκαν οι γυναίκες στο ΚΕΛ (N=246). Οι 103 χρειάστηκαν βοήθεια στη διαχείριση των φόβων που επιφέρει η ασθένεια, οι 57 επιθυμούσαν να βρουν τον κατάλληλο τρόπο να το ανακοινώσουν στο περιβάλλον τους, οι 66 χρειάζονταν βοήθεια για τη διαχείριση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, ενώ 20 είχαν άλλους λόγους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12				
Πρόσφατα ψυχοπαιστικά γεγονότα στις γυναίκες με Ca Μαστού				
Ψυχοπαιστικά Γεγονότα	Πένθος	Κακές διαπροσωπικές σχέσεις	Ανεργία	Οικονομική δυσχέρεια
	58	135	24	29
ΣΥΝΟΛΟ				246



Στον Πίνακα 12 αναφέρονται πρόσφατα ψυχοπαιστικά γεγονότα στη ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Σε ποσοστό 38% (N=97) είχαν πρόσφατο πένθος, 87% (N=214) ανέφεραν κακές διαπροσωπικές σχέσεις, 16% (N=39) ανέφεραν την ανεργία και 46% (N=113) οικονομικές δυσκολίες.

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν παρακολουθώντας εκ του σύννεγγυς τόσο τις γυναίκες με Ca μαστού όσο και τα μέλη των οικογενειών τους, το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου 2012 - Ιουνίου 2013, συνοπτικά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

Ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό γυναικών που ανέπτυξε καρκίνο του μαστού, είχε προηγουμένως βιώσει έντονη ψυχική πίεση, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν απόρροια, είτε θανάτου προσφιλούς προσώπου, είτε κακών διαπροσωπικών σχέσεων, είτε επιδείνωσης της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας. Το στοιχείο της ψυχικής καταπίεσης και της σχέσης του με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τον προβληματισμό που είχαμε πριν από μια 20ετία και που αναφέρθηκε σε δημοσιευμένη μας εργασία «Μήπως η παρατεταμένη ψυχική ένταση δημιουργεί καρκίνο του μαστού» (Ιοαννίδου-Μουζακά και συν., 1986).

Αυτός ο παράγοντας αναδεικνύει την ανάγκη στήριξης των ευπαθών κυρίως κοινωνικών ομάδων, ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες διάχυσης της οικονομικής κρίσης σε ευρέα στρώματα του πληθυσμού.

Ένα άλλο συμπέρασμα το οποίο αναδείχθηκε, ήταν ότι γυναίκες με διάγνωση Ca του μαστού που έχουν ανήλικα παιδιά, χρήζουν σημαντικής υποστήριξης, κυρίως μέσα από εξειδικευμένες παρεμβάσεις, αφού τα παιδιά εισπράττουν το συναισθηματικό φόρτο της μητέρας που έχει διαγνωσθεί με Ca του μαστού, ενώ η νόσος αυτή καθ'εαυτή και η διαχείριση των συμπτωμάτων της, ασκεί επιπλέον πίεση στη γονεϊκή λειτουργία και στις ικανότητες της γυναίκας που νοσεί.

Αναδεικνύεται επίσης η ανάγκη δημιουργίας ομάδων αυτοβοήθειας ασθενών και των οικογενειών τους κατά τόπους, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, διασφαλίζοντας έτσι τη βιωσιμότητα και τη συνέχεια των υπηρεσιών σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας.

Η παρατήρηση του Πίνακα 3 αποκαλύπτει ότι η διεισδυτικότητα του ΚΕΛ είναι σχετικά μικρή εκτός Αττικής, αντιπροσωπεύοντας μόνο το 13% του συνόλου των ατόμων που αναζήτησαν υποστήριξη από το ΚΕΛ. Θα πρέπει συνεπώς το ΚΕΛ, αξιοποιώντας τις τεχνολογικές δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα, αφενός να επενδύσει στις κατάλληλες υποδομές ώστε να διευκολυνθεί η τηλεδιάσκεψη με ασθενείς που διαμένουν στην επαρχία και είναι δύσκολο να αναζητήσουν τις υπηρεσίες των ψυχολόγων του ΚΕΛ στην Αθήνα, αφετέρου σε συνεργασία με τις τοπικές κοινότητες να εξασφαλίσει τη δυνατότητα τηλεδιάσκεψης ασθενών που δεν έχουν γνώση της τεχνολογίας με τις ψυχολόγους του ΚΕΛ, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα το Ιατρικό Απόρρητο.

Βιβλιογραφία

Coleman MP et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncol, 9, 730–56.

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet, 366, 1784–93.

Lacey JV Jr. et al. (2009). Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. BMC Cancer, 9, 84.

Peto J. (2001). Cancer epidemiology in the last century and the next decade. Nature, 411, 390–5.

WHO (2007). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection.

WHO (2008). The global burden of disease: 2004 update

Ioannidou-Mouzaka L, Mantonakis J, Toufexi H†, Tsiliakos St, Agnantis NJ (1986). Le surmenage psychique prolonge est-il un facteur etiological du cancer mammaire? J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 15, 1049-1053.



Δραστηριότητες

27 Απριλίου 2013

Ενημερωτική Ημερίδα και δωρεάν εξέταση μαστού πραγματοποίησε η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (ΕΕΜ), το Σάββατο του Λαζάρου 27 Απριλίου στο Μακρυχώρι Λάρισας ανταποκρινόμενη στην πρόσκληση του Αιδεσιμολογιώτατου Εφημερίου του τοπικού Ιερού Ναού Αγίου Θωμά, π. Ιωάννου Τομαρά και της δραστήριας Προέδρου του Συλλόγου Γυναικών κας Πόπης Νάστου. Εξετάσθηκαν 117 γυναίκες. Οι συμμετέχοντες, ιατροί και παραϊατρικό προσωπικό, είχαν την ευκαιρία να απολαύσουν γνήσια Ελληνική φιλοξενία.



Το ακροατήριο στο Μακρυχώρι Λάρισας



Ιατροί και Παραϊατρικό Προσωπικό με τον Ιερέα π. Ιωάννη Τομαρά

30 Σεπτεμβρίου 2013

Δωρεάν εξέταση μαστού, για γυναίκες της Αθήνας, πραγματοποίησε η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (ΕΕΜ), τη Δευτέρα 30 Σεπτεμβρίου 2013 από τις 9 π.μ. - 7 μ.μ., στις ειδικά διαμορφωμένες για το σκοπό αυτό, αίθουσες Πέλλα και Μυκήνες του ξενοδοχείου Divani Caravel, που παραχωρήθηκαν για άλλη μια φορά δωρεάν, με την ευγενική προσφορά του ξενοδοχείου. Η εξέταση διοργανώθηκε στο πλαίσιο της καθιέρωσης του μήνα Οκτωβρίου ως Ευρωπαϊκού μήνα για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού.

Στον χώρο της εξέτασης μαζί με τους ιατρούς (Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα, Βασίλη Γεωργούντζο, Σπύρο Αδαμόπουλο, Κώστα Ρέτζο, Κάτια Αλεξοπούλου, Γεώργιο Κασσάρα, Μαρία Νικολαΐδου και Χρήστο Χλώψιο) που εξέταζαν παρευρέθηκε και η Κλινική Ψυχολόγος, κ. Πέπη Σκορδέλη από το Κέντρο «Έλλη Λαμπέτη», το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης γυναικών με καρκίνο του μαστού, που παρέχει από το 2002 δωρεάν τις υπηρεσίες του σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και στα μέλη των οικογενειών τους. Το χώρο της εξέτασης επισκεύθηκε η ς.πρ. Βουλευτή Επικρατείας της ΝΔ κ. Ευγενίας Τσουμάνη-Σπέντζα.

Η εκδήλωση τελούσε υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ιδιαίτερη εντύπωση φέτος προκάλεσε η μη συμμετοχή γυναικών χαμηλών οικονομικών στρωμάτων, καθώς επίσης και η σημαντική αύξηση της συμμετοχής των γυναικών της μεσαίας, αστικής, τάξης. Μια θλιβερή διαπίστωση για την οικονομική κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει οι πολίτες της χώρας μας. Εξετάστηκαν 151 γυναίκες, διαπιστώθηκε ένας κλινικά έκδηλος καρκίνος του μαστού και άλλες 4 καλοήθεις παθήσεις. Στις περισσότερες γυναίκες συστήθηκε να υποβληθούν σε μαστογραφία.



Οι εθελόντριες στη γραμματεία της δωρεάν εξέτασης μαστών



Οι εθελοντές ιατροί μαζί με την Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο της Εταιρείας και την Κλινική Ψυχολόγο του Κέντρου Έλλη Λαμπέτη

Δραστηριότητες

10 Νοεμβρίου 2013

Η Πρόεδρος της Εταιρείας ανταποκρίθηκε στην πρόσκληση του Διευθυντού του Ε΄ Δημοτικού Σχολείου του Βενετόκλειου Ρόδου κ. Ιωάννη Νυσίριου και του Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων και έδωσε Ενημερωτική Διάλεξη για την «Πρόληψη του καρκίνου του μαστού».



Η Πρόεδρος κ. Λυδία Ιωαννίδου – Μουζάκα στο Ε΄ Δημοτικό Σχολείο (Βενετόκλειο) Ρόδου

11 Νοεμβρίου 2013

Η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας, μαζί με τη Γενική Πρόξενο της Ακτής Ελεφαντοστός κ. Μέρω Κεσεσίογλου, τον Πρύτανη του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Θεοδόση Πελεγρίνη και τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Γεώργιο Πατούλη συμμετείχε στη διοργάνωση της εκδήλωσης για τη διάλεξη του διεθνούς φήμης Καθηγητή Πλαστικής Χειρουργικής Dr Patrik Bui, που πραγματοποιήθηκε τη Δευτέρα 11 Νοεμβρίου στην Μεγάλη Αίθουσα της Παλαιάς Βουλής με θέμα «Επανόρθωση μαστού μετά από μαστεκτομή».



Ο Τιμούμενος Ομιλητής Ιατρός Πλαστικός Χειρουργός από το Παρίσι Dr Patrik Bui



Από αριστερά προς τα δεξιά διακρίνονται ο Πρύτανης του Παν/μιου Αθηνών κ. Θεοδόσης Πελεγρίνης, Ο προσκεκλημένος ομιλητής κ. Patrick Bui, η Πρόξενος της Ακτής του Ελεφαντοστός κ. Μέρω Κεσεσίογλου, ο Καθηγητής Ακτινολογίας του Παν/μιου Αθηνών κ. Δημήτρης Κελέκης, η Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας κ. Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα και ο Αντιπρόεδρος της ίδιας Εταιρείας κ. Βασίλειος Γεωργούντζος.