



mastologia

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ
Τεύχος 24 / Ιανουάριος- Φεβρουάριος- Μάρτιος 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial.....	1
Διοικητικό Συμβούλιο	1
Συντακτική Επιτροπή	1
Καλοήθεις Παθήσεις του Μαστού (μέρος πρώτο)	3
Αφίσα 1 ^{ου} Ελληνο-Τουρκικού Συνεδρίου Μαστολογίας	7
Επίδραση των Συστηματικών Νοσημάτων στην Ανοχή στην Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ)	8
Ελληνική Σχολή Μαστολογίας	9
Αντισυλληπτικά Χάπια και Παθολογία του Μαστού	10
Δραστηριότητες	13
Δελτίο Τύπου	13

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 και τα Κέντρα Μαστού στην Ε.Ε.

Με ιδιαίτερη ικανοποίηση και πάλι ασχολούμαι με το Editorial του περιοδικού μας.

Το τεύχος αυτό όμως έχει μια ιδιαιτερότητα. Θα σας παρουσιάσει μια νέα συνεργασία και θα υποστηρίξει και τον λόγο για τον οποίο έγινε. Πρόκειται για τη διοργάνωση του 1^{ου} Ελληνο - Τουρκικού Συνεδρίου Μαστολογίας που πρώτα ο Θεός θα λάβει χώρα στην Αθήνα στο Ξενοδοχείο Divani-Caravel, στις 19 – 21 Ιουνίου 2014.

Το σκεπτικό μας λουπόν συνδέεται με το ότι, “όσο ωραίο κι αν είναι το εσωτερικό του σπιτιού κάποιου, το άτομο αυτό, επιθυμεί να είναι ωραίο και το σπίτι του γείτονα που βλέπει όταν κοιτάζει έξω από το παράθυρό του”. Με το ίδιο σκεπτικό, οι κάτοικοι μιας χώρας θα πρέπει να επιθυμούν να βλέπουν σε καλή κατάσταση τους κατοίκους της γειτονικής τους χώρας.

Έχοντας αυτό κατά νου, μια ομάδα φίλων συναδέλφων από δύο χώρες, αποφασίσαμε να ξεκινήσουμε μία τέτοια συνεργασία μεταξύ των ιατρών δύο γειτονικών χωρών, την Ελλάδα και την Τουρκία, και μάλιστα επάνω σε ένα πολύ ευαίσθητο αντικείμενο, όπως αυτό της Μαστολογίας.

Ο μαστός, το σύμβολο της μητρότητας, της γονιμότητας, της ποίησης και του σεξ, κέρδισε την προσοχή της Ιατρικής κοινότητας εδώ και μερικές δεκαετίες τώρα, με ένα ξεχωριστό τρόπο, για να προκαλέσει την ιδιαίτερη προσοχή του. Έτσι η εξειδίκευση στη Μαστολογία στις μέρες μας κατέστη επιτακτική. Το Συνέδριο αυτό οργανώνεται από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας και την Τουρκική Ομοσπονδία των Μαστολογικών Εταιρειών, τελεί υπό τις Ευλογίες της Α. Θ. Παναγιώτητας του Οικουμενικού Πατριάρχη κ. κ. Βαρθολομαίου Α', καθώς και υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και της Διεθνούς Εταιρείας Μαστολογίας (S.I.S.). Το 1^ο Συνέδριο θα γίνει φέτος στην Αθήνα και το επόμενο του χρόνου πρώτα ο Θεός στην Κων/πολη.

Το Συνέδριο διοργανώνεται αφενός, για τη συλλογή και την παρουσίαση των τελευταίων επιτευγμάτων στη Μαστολογία ούτως ώστε να εμπνεύσει και να πληροφορήσει τους νεαρούς Συναδέλφους ιδιαίτερα, και αφετέρου να ανταλλάξει επιστημονικές σκέψεις, προβληματισμούς και διλήμματα μεταξύ των Συναδέλφων των δύο αυτών γειτονικών χωρών.

Θα θέλαμε να ενημερώσουμε, **ιδιαίτερα τους Συναδέλφους Ακτινολόγους** που ασχολούνται με τις απεικονιστικές μεθόδους του μαστού, για τη μεγάλη ευκαιρία που τους δίνεται να παρακολουθήσουν στο Συνέδριο **τα Μετεκπαιδευτικά μαθήματα στη Μαστογραφία** που θα κάνει ο πολύ γνωστός σε όλους τους ακτινολόγους και πρωτοπόρος στο θέμα, **Laszlo Tabar**. Τα Μετεκπαιδευτικά αυτά μαθήματα θα είναι πολύ υποστηρικτικά για όσους ασχολούνται με τις απεικονιστικές μεθόδους του μαστού.

Το Επιστημονικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου θα περιλαμβάνει και άλλα ενδιαφέροντα θέματα, όπως: την εξαρτώμενη ποιότητα ζωής από την υγεία, την επίδραση του καρκίνου του μαστού στη σεξουαλικότητα, την εικόνα του σώματος, το να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο του μαστού-μετά τη θεραπεία του, τις στοχοποιημένες θεραπείες στον καρκίνο του μαστού, νέα από τα πιο σημαντικά Παγκόσμια Συνέδρια μαστού, κληρονομικός καρκίνος μαστού, στείρωση και κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, επιδημιολογία και Μητρώο Καρκίνου του μαστού, χειρουργική του καρκίνου του μαστού: το λιγότερο είναι και περισσότερο; Προγνωστικοί παράγοντες, πλαστική χειρουργική και αποκατάσταση, χημειοθεραπεία, συμπληρωματικές θεραπείες στον καρκίνο του μαστού, κύηση και καρκίνος του μαστού, οικονομικά προβλήματα στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης, η επίδραση του περιβάλλοντος, της διατροφής και των καλλυντικών στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, καρκίνος του μαστού και ΜΜΕ: λένε πάντα την αλήθεια; τι θα πρέπει να κάμνει ένας καλός δημοσιογράφος; Γενώσιμα: που είναι η αλήθεια; Υπέρηχοι, ανατομία, τεχνική και παγίδες.

Πέραν όμως από το ενδιαφέρον επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου, η Οργανωτική Επιτροπή επιφυλάσσει για τους Συνέδρους που θα το παρακολουθήσουν σημαντικές εκπλήξεις στα κοινωνικά δρώμενα του... οι οποίες όμως δεν μπορούν να ανακοινωθούν από τώρα!!!

Σας περιμένουμε,

Περιεχόμενα

Editorial	1
Επιδημιολογία Καλοήθων	
Μαστού (μέρος πρώτο)	3
Αφίσα 1 ^{ου} Ελληνο-Τουρκικού Συνεδρίου Μαστολογίας	7
Επίδραση των Συστηματικών Νοσημάτων στην Ανοχή στην Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ).....	8
Ελληνική Σχολή Μαστολογίας ..	9
Αντισυλληπτικά Χάπια και Παθολογία του Μαστού	10
Δραστηριότητες.....	13
Δελτίο Τύπου.....	13

ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας

Πρόεδρος

Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Αντιπρόεδρος

Βασίλειος Γεωργούντζος

Γ. Γραμματέας

Κατερίνα Αλεξοπούλου

Ταμίας

Πέτρος Μαλακάσης

Μέλη

Στέφανος Ζερβούδης,
Φίλιππος Παπαθεοδωράκης
Ελένη Σουλούνια

Ιδιοκτησία

Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Εκδότης – Διευθυντής Σύνταξης

Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

Μέλη

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

Επιμέλεια – Παραγωγή

Γιάννης Σαρρής

Legofer®

Πρωτεϊνολεγερικός σίδηρος

Δοκιμασμένα πρώτο!

Σταθερή αξία

Product marketed under license of Hoffmann-La Roche

LEGO 2104 2014

www.elpen.gr



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

Γραφείο Επιστημονικής Επιμέλειας

• Σελασπίας 11, 11528 Αθήνα, Τηλ: 2107480711 • Πανοβιοφαινοσουλίου 41, 11526 Αθήνα, Τηλ: 2107796226 • Εθνικής Αντιστάσεως 114, 95134 Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310459926-1

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (μέρος πρώτο)

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 και τα Κέντρα Μαστού στην Ε.Ε.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού αφορούν το 88 - 90% της παθολογίας του μαστού και περιλαμβάνουν όλες τις παθολογικές καταστάσεις του μαστού πλην του καρκίνου. Εμφανίζουν κλινική και ακτινολογική ποικιλομορφία. Τις καλοήθειες παθήσεις τις κατατάσσουμε σε 8 ομάδες, με βάση την κλινική τους εικόνα. Στο περιοδικό αυτό θα ασχοληθούμε με τις παθήσεις που σχετίζονται με τον θηλασμό, τις φλεγμονές, τις παθολογικές εκκρίσεις και τις συγγενείς ανωμαλίες του μαστού. Στο επόμενο τεύχος θα αναφερθούμε στους καλοήθειες όγκους, τη μαστοδυνία, σε διάφορες καλοήθειες καταστάσεις του μαστού και τη γυναικομαστία.

1^η ΟΜΑΔΑ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΠΟΤΟΚΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται όλες οι καταστάσεις που έχουν σχέση με τον θηλασμό και συμβαίνουν να εμφανίζονται είτε με την έναρξη του θηλασμού είτε κατά τον απογαλακτισμό. Οι καταστάσεις αυτές αναφέρονται κατά σειρά συχνότητας: Επώδυνες θηλές και ραγάδες, υπερφόρτωση των μαστών, μαστίτιδα της λοχείας, απόστημα του μαστού και γαλακτοκήλη.

Επώδυνες θηλές και ραγάδες

Οι επώδυνες θηλές και οι ραγάδες της θηλής παρουσιάζονται συνήθως την 1^η εβδομάδα του θηλασμού και οφείλονται σε τραυματισμό της θηλής κατά τον θηλασμό.^{1,2} Η κλινική εκδήλωση ξεκινάει με πόνο και περιλαμβάνει επιπόλαιες εξελκώσεις του δέρματος της θηλής που πολλές φορές γίνονται αντιληπτές μόνο με φακό.

Η θεραπεία συνίσταται στην απομάκρυνση του νεογνού από τον μαστό για δυο τουλάχιστον 24ωρα και την εξαγωγή του γάλακτος με θήλαστο. Τοπικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν αντισηπτικές κρέμες για σύντομο χρονικό διάστημα.

Υπερφόρτωση των μαστών

Παρατηρείται συνήθως την 3^η - 5^η μέρα της λοχείας είτε λόγω απότομης πλήρωσης του μαστού με γάλα είτε λόγω μειωμένου αντανάκλαστικού της έκθλιψης του γάλακτος.^{1,2} Κλινικά, εμφανίζεται στην αρχή πόνος και διόγκωση, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί αμέσως προκαλεί σκλήρυνση του μαζικού αδένου και ελαφρά ερυθρότητα του δέρματος. Συνήθως αφορά και τους δυο μαστούς. Θεραπευτικά, συνιστάται η τέλεια εκκένωση των μαστών μετά από κάθε θηλασμό και ο περιορισμός στη λήψη υγρών από τη μητέρα.

Μαστίτιδα της λοχείας

Εάν η υπερφόρτωση των μαστών δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και υπάρξει επιμόλυνση, τότε η κατάσταση εξελίσσεται σε μαστίτιδα της λοχείας ή γαλακτοφορίτιδα, δηλ. σε οξεία φλεγμονή όπου εκτός από πόνο και διάταση έχουμε έντονη ερυθρότητα του δέρματος και εμφάνιση υψηλού πυρετού (έως 39°C).^{1,3,4}

Θεραπευτικά, χορηγούνται αντιβιοτικά και αντισταφυλοκοκκικά φάρμακα και απομακρύνεται το νεογνό για 2-3 μέρες από τον μαστό. Εφόσον είναι επιθυμητό να συνεχισθεί ο θηλασμός, τις 2-3 αυτές μέρες αφαιρείται το γάλα με θήλαστο χωρίς να δίνεται στο νεογνό. Αν αντίθετα πρόκειται να μη συνεχισθεί ο θηλασμός, τότε γίνεται ταυτόχρονα και απογαλακτισμός με βρωμοκρυπτίνη ή λισουριδίνη.

Απόστημα μαστού

Εάν η οξεία μαστίτιδα δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, τότε η κατάσταση εξελίσσεται σε απόστημα μαστού, δημιουργείται δηλαδή συλλογή πύου εντός του μαζικού αδένου.^{1,3,5}

Στα κλινικά συμπτώματα, εκτός από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, προστίθεται και ο κλυδασμός. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η χειρουργική διάνοιξη και η παροχέτευση του αποστήματος.

Γίνεται παροχέτευση της κεντρικής κοιλότητας και καταστροφή των διαφραγμάτων που οδηγούν σε άλλες μικρότερες κοιλότητες, ούτως ώστε να δημιουργηθεί μια ενιαία κοιλότητα. Το τραύμα δεν συρράπτεται, επιπωματίζεται με γάζα και αφήνεται να επουλωθεί κατά δεύτερο σκοπό. Εάν δε γίνει χειρουργική διάνοιξη, τότε το πύον βρίσκει διέξοδο προς το δέρμα με αποτέλεσμα το απόστημα να καταλήγει σε παραμελημένο απόστημα (Εικόνα 1).



Γαλακτοκήλη

Γίνεται αντιληπτή συνήθως με τον απογαλακτισμό και αφορά κυστική διόγκωση που πληρούται με γάλα.^{1,5} Κλινικά εμφανίζεται ως ογκίδιο, ευπίεστο, καλά αφοριζόμενο, κινητό. Ενίοτε, όταν συνυπάρχουν και φλεγμονώδη στοιχεία, δίνει την εντύπωση συμπαγούς μάζας και μπορεί να εκληφθεί ως νεόπλασμα. Η διάγνωση τίθεται με την παρακέντηση, όταν η εκκένωση του κυστικού μορφώματος που διαπιστώθηκε με υπερήχους καταλήγει σε αναρρόφηση γάλακτος. Η εμφύσηση αέρα μέσα στη γαλακτοκήλη, μετά την παρακέντηση, βοηθάει στη βαθμιαία απορρόφηση και εξαφάνισή της. Η παρακέντηση έχει διαγνωστικό και θεραπευτικό χαρακτήρα. Σε περίπτωση που στην κυτταρολογική εξέταση διαπιστωθούν στοιχεία φλεγμονής χορηγείται αντισταφυλοκοκκική αγωγή.

2^η ΟΜΑΔΑ ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται όλες οι καταστάσεις φλεγμονών που επισυμβαίνουν εκτός της περιόδου γαλουχίας. Τις περιπτώσεις αυτές τις διακρίνουμε σε: Μαστίτιδα (οξεία, χρόνια ή υποτροπιάζουσα, μαστίτιδα από σιλικόνη), απόστημα, συρίγγιο, έκζεμα, ειδικές φλεγμονές (φυματίωση, σύφιλη, λέπρα).

Μαστίτιδα

Κάθε φλεγμονή του μαστού χαρακτηρίζεται με τον όρο μαστίτιδα. Η μαστίτιδα μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια και υποτροπιάζουσα.

Οξεία μαστίτιδα

Η οξεία μαστίτιδα συνήθως εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες. Στην περίπτωση της οξείας μαστίτιδας πιθανολογείται ότι η είσοδος μικροβίων γίνεται από τους εκφορητικούς πόρους της θηλής.⁴ Ο μαστός παρουσιάζει θορυβώδη συμπτώματα όπως άλγος, ερυθρότητα, διόγκωση του μαστού και διήθηση του δέρματος. Η ασθενής μπορεί να εμφανίσει και πυρετική κίνηση που κυμαίνεται από 37,5°-39° ανάλογα με την ένταση και την έκταση της φλεγμονής. Είναι δυνατόν στην κλινική εξέταση να ψηλαφηθούν λεμφαδένες στη σύστοιχη μασχάλη. Η φλεγμονή συνήθως αφορά τον ένα μαστό.^{1,2}

Η ερυθρότητα και η διήθηση του δέρματος πολλές φορές φοβίζουν και θέτουν θέμα διαφορικής διάγνωσης από τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Οι ψηλαφητοί λεμφαδένες δεν βοηθούν στη διαφορική διάγνωση. Τα μόνα σημεία που βοηθούν άμεσα στη διάγνωση είναι η οξεία εμφάνιση της κατάστασης και το συνοδό άλγος, καθώς και η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης καλό είναι να μην πραγματοποιείται μαστογραφία για τους εξής λόγους:

- α) Η ασθενής αλγεί και δεν είναι δυνατή η συμπίεση του μαστού
- β) Εφόσον δεν συμπίεζεται σωστά ο μαστός δεν λαμβάνεται αξιόπιστη μαστογραφική απεικόνιση.

Οι υπέρηχοι του μαστού δεν βοηθούν ιδιαίτερα στην περίπτωση αυτή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιορίζεται στη χορήγηση αντισταφυλοκοκκικών φαρμάκων τουλάχιστον επί 10ήμερο. Σε περίπτωση έντονου άλγους χορηγούνται αντιφλεγμονώδη ή παυσίπονα.

Χρόνια ή υποτροπιάζουσα μαστίτιδα

Η χρόνια ή υποτροπιάζουσα μαστίτιδα είναι η κατ' επανάληψη εμφάνιση φλεγμονής στον μαστό. Αυτή μπορεί να έχει την αιτιολογία της στη μη ικανοποιητική αντιμετώπιση της οξείας φλεγμονής που είχε επισυμβεί στον μαστό στο παρελθόν.

Είναι όμως δυνατόν να εμφανίζεται σε άτομα με μειωμένη αντίσταση του οργανισμού, όπως γυναίκες με λανθάνοντα διαβήτη ή διαβητικές, καθώς και γυναίκες που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Μπορεί να εμφανίζεται στο ίδιο σημείο του μαστού για αρκετές φορές ή κάθε φορά και σε διαφορετικό σημείο.⁶ Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ίδια με αυτή της οξείας μαστίτιδας, με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή η διάρκεια χορήγησης αντιβιοτικών πρέπει να είναι μεγαλύτερη. Επίσης πρέπει να διερευνηθεί το υπόβαθρο της ανάπτυξης της φλεγμονής και ει δυνατόν να αντιμετωπισθεί αιτιολογικά.

Η χρόνια μαστίτιδα μπορεί να καταλήξει σε ενδομαστικό απόστημα ή και σε συρίγγιο του μαστού.

Μαστίτιδα από σιλκόνες

Η ρήξη της πρόθεσης σιλκόνης που είχε τοποθετηθεί στον μαστό, καθώς και η ένεση υγρής σιλκόνης σ' αυτόν με σκοπό την αύξησή του, μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή. Τα κλινικά σημεία είναι τα ίδια με τα περιγραφέντα πιο πάνω. Τη διάγνωση θα υποβοηθήσει το ιστορικό της ασθενούς. Η θεραπεία συνίσταται στην απομάκρυνση της σιλκόνης και στη χορήγηση συμπτωματικής αγωγής.

Απόστημα του μαστού

Εάν η οξεία μαστίτιδα και η υποτροπιάζουσα μαστίτιδα στην οξεία της φάση δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα και αποτελεσματικά, τότε μπορεί να δημιουργηθεί απόστημα μέσα στον μαστό ή στην υποθηλαία περιοχή (Εικόνα 2). Η κατάσταση αυτή εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη γαλουχία σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.⁷

Η κλινική εικόνα του αποστήματος μερικές φορές εμφανίζει προβλήματα διαφορικής διάγνωσης, ιδίως όταν το απόστημα εντοπίζεται στο βάθος του μαστού και έχει παχύ τοίχωμα. Τη διάγνωση υποβοηθεί σημαντικά σήμερα το υπερηχογράφημα των μαστών, όπου διαπιστώνεται η συλλογή πύου.



Η θεραπευτική αντιμετώπιση του αποστήματος παλαιότερα γινόταν μόνο με τη διάνοιξη, παροχέτευση και επούλωση κατά δεύτερο σκοπό. Σήμερα χάρη στους υπερήχους μπορούμε σε αρκετές περιπτώσεις να εφαρμόσουμε συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτή συνίσταται στην εκκένωση του αποστήματος με βελόνη 18g υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση και στην έγχυση εν συνεχεία εντός αυτού διαλύματος ενέσιμων αντιβιοτικών. Η προσπάθεια επαναλαμβάνεται για 3-4 φορές συνολικά μέσα σε διάστημα 15 ημερών. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται και η παράλληλη κάλυψη της ασθενούς με αντιβίωση από το στόμα. Εάν γίνει χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση, τότε δεν χρειάζεται η λήψη αντιβιοτικών.

Συρίγγιο

Το συρίγγιο στον μαστό αποτελεί τη δικλείδα διαφυγής προς τα έξω του πυώδους περιεχομένου των χρονίων αποστημάτων.^{8,9} Σε φάση έξαρσης, το πύον παροχετεύεται δια μέσω αυτού, το απόστημα συρρικνώνεται και υποχωρεί προσωρινά, μέχρι να επαναλάβει τον κύκλο του ξανά και ξανά με μεσοδιαστήματα ακόμη και μηνών. Όταν το στόμιο του συριγγίου κλείσει, τότε το απόστημα ξανασηματίζεται.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συριγγίου δεν πρέπει να είναι συντηρητική. Από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί το συρίγγιο, η αντιμετώπιση του πρέπει να είναι ριζική χειρουργική. Καταρχήν καθετηριάζεται το συρίγγιο με μύλη και γίνεται στη συνέχεια προσπάθεια αφαιρέσεώς του μαζί με το ινώδες τοίχωμά του. Το τραύμα παραμένει ανοικτό για να κλείσει κατά δεύτερο σκοπό.

Έκζεμα

Το έκζεμα είναι μια δερματολογική εκδήλωση που μπορεί να εντοπίζεται και στο μαστό. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρο και συχνότερα προσβάλλει τη θηλή και τη θηλαία άλω και εμφανίζεται σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Δεν συνοδεύεται από ψηλαφητό εύρημα στον μαστό. Χρειάζεται προσοχή στη διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Paget της θηλής, η οποία ως επί το πλείστον απαντάται σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Σε αρκετές περιπτώσεις τη λύση δίνει η βιοψία της θηλής.^{2,5}

Το έκζεμα συνήθως παρουσιάζει εξάρσεις και υποχωρεί με τοπική θεραπεία. Η θεραπευτική του αντιμετώπιση είναι πάντα φαρμακευτική και καλό είναι να γίνεται σε συνεργασία με δερματολόγο.

Ειδικές φλεγμονές

Η φυματίωση, η σύφιλη και η λέπρα μπορεί να εμφανίσουν εντόπιση και στον μαστό. Είναι σπάνιες εκδηλώσεις φλεγμονής. Για να διαγνωσθούν, πρέπει πρώτα ο ιατρός να τις υποψιασθεί.^{10,11}

Ακόμη άλλες φλεγμονές του τύπου παρασιτώσεως, ακτινομυκητιάσεως, ερπητικής λοίμωξης, υδραδενίτιδος κ.α. μπορούν να έχουν εντόπιση στον μαστό.¹²

Φυματίωση

Η φυματίωση είναι σπάνια ετερόπλευρη φλεγμονή.^{10,11} Κλινικά εμφανίζεται συνήθως με ανώδυνη μάζα που κλυδάζει και συνυπάρχει με σύστοιχο φυματιώδη λεμφαδενίτιδα. Μπορεί να δημιουργηθεί και συρίγγιο στον μαστό. Η θεραπεία συνίσταται στη χειρουργική εξαίρεση της μάζας, από την εξέταση της οποίας θα τεθεί και η διάγνωση και θα γίνει στη συνέχεια συστηματική αντιφυματική θεραπεία.

Σύφιλη

Σήμερα λόγω της έγκαιρης θεραπείας της νόσου η εντόπισή της στον μαστό σπανίζει, αλλά η κλινική της εμφάνιση είναι ηπιότερη. Συνηθέστερη είναι η εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους της θηλής, το οποίο θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη νόσο του Paget. Η θεραπεία είναι συστηματική, αντισυφιλιδική.

Λέπρα

Την κλινική εκδήλωση αποτελούν οι λεπρικές κηλίδες ή λεπρώματα. Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση των λεπρικών κυττάρων. Η θεραπεία είναι συστηματική.

3η ΟΜΑΔΑ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΚΡΙΣΕΙΣ

Σ' ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό γυναικών, 35-40%, που προσέρχονται στον ειδικό για εξέταση διαπιστώνεται έκκριμα από τους μαστούς. Μερικές φορές αυτό αποτελεί και τη μοναδική αιτία προσέλευσής τους. Μπορεί ακόμη να είναι τυχαίο εύρημα ή από την ίδια την ασθένειά ή κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ή κατά την εκτέλεση της μαστογραφίας, από την ισχυρή πίεση του μαστού. Σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω περιπτώσεις, η διαπίστωσή του προκαλεί άγχος στην εξεταζόμενη. Η ύπαρξη εκκρίματος από τη θηλή του μαστού εκτός περιόδου κύησης και θηλασμού αποτελεί παθολογικό εύρημα. Κάθε έκκριση όμως από τον μαστό δεν προδικάζει και κακοήθεια.

Ο/Η Μαστολόγος θα πρέπει να διαφοροποιεί αμέσως τα εκκρίματα τα οποία δεν ενέχουν κανένα λόγο ανησυχίας από αυτά που μπορεί να υποκρύπτουν κάποια ενδοαυλική ανωμαλία και χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν έκκριμα από τους μαστούς παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
Καταστάσεις που προκαλούν παθολογικές εκκρίσεις από τον μαστό
- Μηχανικός ερεθισμός - Εξωγενής χορήγηση φαρμάκων - Καλοήθεις παθήσεις: - Ενδοπορικό θήλωμα - Διάταση γαλακτοφόρων πόρων - Ινοκυστική μαστοπάθεια - Κακοήθεις παθήσεις - Ενδοαυλικό καρκίνωμα - Νόσος του Paget - Νευρορμονικά αίτια - Αμυγνόντροι γαλακτόρροια (Σύνδρομο – Chiari Frommel) - Αδένωμα υποφύσεως - Θυρεοειδεκτομή - Ωοθηκτομή ή μαστεκτομή - Μαστίτιδα των νεογνών - Τραυματισμός του θωρακικού τοιχώματος - Θωροκοτομή - Πνευμονεκτομή - Μαστεκτομή

Μηχανικός ερεθισμός

Ο συνεχής ερεθισμός της θηλής από την ίδια τη γυναίκα, που γίνεται με σκοπό να ελεγχθεί αν υπάρχει ή όχι έκκριμα, μπορεί να προκαλέσει έκκριση. Επίσης συχνός ερεθισμός της θηλής από τον σύζυγο μπορεί να είναι αιτία εκκρίματος. Μια σχετική, διακριτική ερώτηση προς την εξεταζόμενη υποβοηθεί τη διάγνωση.^{2,5,13}

Η εξεταζόμενη υποβάλλεται στις σχετικές εξετάσεις ανάλογα με την ηλικία της, όπως σε μαστογραφία, υπερήχους, και κυτταρολογική εξέταση. Εφόσον δεν διαπιστωθεί παθολογική αιτία, συνιστάται στην εξεταζόμενη να σταματήσει να ερεθίζει τις θηλές της. Η ανταπόκριση είναι συνήθως πλήρης μετά την πάροδο ενός μηνός.

Εξωγενής χορήγηση φαρμάκων - Γαλακτόρροια

Η εξωγενής χορήγηση ορισμένων ουσιών όπως σουλπιρίδης, ηρεμιστικών ή καρδιοτονωτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει έκκριμα από τον μαστό. Στην περίπτωση αυτή το έκκριμα είναι γαλακτώδες, προκλητό, αρκετό σε ποσότητα, αμφοτερόπλευρο και από πολλούς πόρους. Η διακοπή της χρήσης των εν λόγω ουσιών, όπου είναι εφικτή, προκαλεί την παύση του εκκρίματος.

Η παρουσία γαλακτώδους εκκρίματος δεν προδικάζει ανωμαλία στον μαστό και είναι τελείως φυσιολογική κατάσταση μετά τον τοκετό ή μετά από μια τεχνητή ή αυτόματη διακοπή εγκυμοσύνης μετά τον 4^ο μήνα της κύησης. Έξω από αυτές τις περιόδους η γαλακτόρροια μπορεί να εκφράζει μια δυσλειτουργία στη ρύθμιση της προλακτίνης (ιατρογενής υπερπρολακτιναμία, στρες, σύνδρομο αμυγνόντροιας - γαλακτόρροιας, αδένωμα της υπόφυσης κ.α.).

Ενδοπορικό θήλωμα

Το ενδοπορικό θήλωμα είναι συνήθως μονήρες και αποτελεί τοπική υπεραύξηση της ενδοπορικής υπερπλασίας με σχηματισμό αγγειοενωτικού άξονα. Όταν η υπερπλασία αυτή αυξηθεί σημαντικά και γίνει μακροσκοπικά ορατή, η σχηματισθείσα μάζα καλείται ενδοαυλικό θήλωμα. Συνήθως το θήλωμα εντοπίζεται κοντά στη θηλή σε ένα από τους μεγάλους πόρους και συνοδεύεται από αυτόματη ή και προκλητή έκκριση που είναι ορώδης ή οροαιματηρή ή δίκην ύδατος από βράχου. Σπάνια παρουσιάζεται σε γυναίκες κάτω των 25 χρόνων. Η συνήθης ηλικία εμφάνισης του είναι μεταξύ 35-50 ετών.

Κλινικά συνήθως δεν έχουμε ψηλαφητό εύρημα. Ενίοτε ψηλαφάται μικρή ωοειδής μάζα πίσω από τη θηλή. Η διάγνωση τίθεται με την κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος, όπου διαπιστώνονται θηλώδεις σχηματισμοί και με τη γαλακτογραφία, όπου διαπιστώνεται έλλειμμα ή διακοπή της σκιαγράφησης του πόρου μέσα στον οποίο εντοπίζεται το θήλωμα. Η γαλακτογραφία δεν είναι πάντα διαγνωστική, αφού και ο ενδοπορικός καρκίνος δίνει παρόμοια εικόνα.^{2,5,13,14}

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του θηλώματος είναι χειρουργική. Γίνεται αφαίρεση του πάσχοντος πόρου (microdochetomy) ως εξής: Αφού ανεβρεθεί το στόμιο του πόρου που εκρέει το ορώδες έκκριμα, καθετηριάζεται ο πόρος με λεπτή μύλη (εμείς χρησιμοποιούμε γι' αυτό τον σκοπό το set του Tabar που έχει προσδευτικώς αυξανόμενη διαμέτρου μύλες και σύριγγα με ειδική στρογγύλη βελόνα) και στη συνέχεια εγχέεται διάλυμα κυανού του μεθυλενίου, ούτως ώστε να σκιαγραφηθούν όλες οι διακλαδώσεις του πάσχοντος πόρου. Στη συνέχεια αφού ακινητοποιηθεί η θηλή από τον βοηθό γίνεται τριγωνική τομή στη βάση της θηλής με νυστέρι που φέρει λεπτή λάμα. Η τομή επεκτείνεται μέχρι 4 εκ. προς τον μαστό εκατέρωθεν, ωοειδώς. Δημιουργούνται οι δερματικοί κρημνοί, ανευρίσκεται και παρασκευάζεται ο πόρος που είναι κεχρωσμένος με το κυανό του μεθυλενίου και εξαιρείται. Ακολουθεί αιμόσταση και τοποθετείται μικρή παροχέτευση.

Μεμονωμένη έκκριση από ένα πόρο χρειάζεται πάντα χειρουργική διερεύνηση, διότι μπορεί να είναι η μοναδική κλινική εκδήλωση από ένα καρκίνο του μαστού ακόμη και διηθητικό. Μπορεί όμως να αντιστοιχεί και σε καλοήγη πάθηση.

Καταστάσεις που προκαλούν έκκριση από τους μαστούς, ανάλογα με το είδος της έκκρισης, αναφέρονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2			
Παθολογικές εκκρίσεις ανάλογα με το είδος του εκκρίματος			
Είδος εκκρίματος	Παθοφυσιολογία του μαστού	Εντόπιση	Αριθμός πόρων
Γαλακτώδες	Λοχεία Λήψη Φαρμάκων Υπερπρολακτιναμία Σύνδρομο Chiari-Frommel	Αμφοτερόπλευρη “ “ “	Πολλοί
Ορώδες ή ορο-αιματηρό	Ενδοαυλικό θήλωμα Ενδοπορικός καρκίνος	Ετερόπλευρη “	Ένας πόρος
Αιματηρό	Ενδοπορικός καρκίνος Φλεγμονή Τραυματισμός	Ετερόπλευρη “ “	Ένας ή δύο
Πρασινωπό	Ινοκυστική μαστοπάθεια	Αμφοτερόπλευρη	Πολλοί

Διάταση ή εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων - Πλασματοκυτταρική μαστίτιδα

Η διάταση ή εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων αποτελεί μια καλοήγη άσηπτο φλεγμονώδη κατάσταση η οποία εξελίσσεται προς πλασματοκυτταρική μαστίτιδα. Συνώνυμά της είναι η εκκριτική μαστίτιδα ή αποφρακτική μαστίτιδα.¹⁵

Η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα είναι μια νοσολογική οντότητα που κλινικά και εργαστηριακά μπορεί να υποδυθεί τον καρκίνο. Οι ασθενείς συνήθως βρίσκονται στην κλιμακτηριακή ή εμμηνοπαυσιακή περίοδο.¹⁶

Η διάταση καταρχήν προσβάλλει τους κεντρικούς γαλακτοφόρους πόρους στην οπισθοθηλαία περιοχή, οι οποίοι πληρούνται από ένα άμορφο ρυπαρό υλικό. Πρώτο κλινικό εύρημα είναι η εκροή από τη θηλή, η οποία μπορεί να είναι ορώδης, παχύρρευστη ή αιματηρή και μπορεί να διαρκέσει για αρκετό χρόνο. Ακολουθεί φλεγμονή περί τον πόρο με λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση. Ανάλογα με τη βαρύτητα της φλεγμονής παρατηρείται εξέλιξη προς ίνωση ή προς απόστημα και κοκκιώδη μαστίτιδα εάν ραγεί ο πόρος.

Η κλινική της διαδρομή είναι λανθάνουσα ή θορυβώδης ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου. Μερικές φορές τίθεται θέμα διαφορικής διάγνωσης από τον καρκίνο του μαστού, όταν από την ανάπτυξη του ινώδους ιστού προκαλείται ρίκνωση του μαστού και εισολκή της θηλής. Η μαστογραφία συχνά δεν αναδεικνύει ειδικά σημεία της νόσου. Χαρακτηριστικές είναι οι δίκην ράβδου αποτιτανώσεις όταν υπάρχουν. Το υπερηχογράφημα αναδεικνύει διατεταμένους πόρους. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι συμπτωματική.

Εκκρίσεις από νευροορμονικά αίτια

Διάφορες ενδοκρινολογικές παθήσεις, όπως αδένωμα της υπόφυσης, δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, νεοπλασμάτα των επινεφριδίων και όρχεων, άποιοι ή σακχαρώδης διαβήτης, τα σύνδρομα Sheehan, Chairi-Frommel κ.α. μπορούν να προκαλέσουν έκκριση της θηλής. Στις περιπτώσεις αυτές το έκκριμα είναι αμφοτερόπλευρο, γαλακτώδες ή ελαφρώς πρασινωπό και από πολλούς πόρους. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού θα βοηθήσει στον προσανατολισμό της διάγνωσης. Η θεραπεία είναι πάντα αιτιολογική.

Τραυματισμός του θωρακικού τοιχώματος

Ο τραυματισμός του θωρακικού τοιχώματος, που προκαλείται από ατύχημα ή από χειρουργική επέμβαση στον θώρακα, μπορεί να έχει ως συνέπεια την εμφάνιση γαλακτοόρρας στον σύστοιχο ή τον αντίθετο μαστό. Οι πλέον συχνές καταστάσεις είναι η μαστεκτομή, η θωρακτομή, η πνευμονεκτομή και τα εγκαύματα του θωρακικού τοιχώματος. Και στην περίπτωση αυτή η λήψη λεπτομερούς ιστορικού θα βοηθήσει στη διάγνωση.

4η ΟΜΑΔΑ: ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εάν η ατροφία της μαστικής ακρολοφίας δεν είναι πλήρης και υπολείπεται κατά τόπους, τότε είναι δυνατή η ανάπτυξη υπεράριθμων θηλών ή μαστών, ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα, σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος της μαστικής ακρολοφίας.

Ακόμη μπορεί να υπάρξει υποπλασία ή υπερπλασία του ενός ή και των δυο μαστών. Οι πλέον συνήθεις συγγενείς ανωμαλίες του μαστού αναφέρονται στον Πίνακα 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3
Συγγενείς ανωμαλίες του μαστού
- Απλασία μαστού: - ετερόπλευρη - αμφοτερόπλευρη - Ατροφία μαστών - Υπερτροφία μαστών - Ανισομαστία - Υπεράριθμες θηλές - Υπεράριθμοι μαστοί

Απλασία των μαστών

Η απλασία των μαστών μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.^{17,18} Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει καταβολή του μαζικού αδένου. Η αμφοτερόπλευρη απλασία συνήθως είναι μερική εκδήλωση πλέον γενικευμένης δυσπλασίας του έξω βλαστικού δέρματος. Σπανιότατα και σε ετερόπλευρη εντόπιση αυτή μπορεί να οφείλεται σε αυξημένο ζήλο χειρουργού να εξαιρέσει "ογκίδιο" από κοριτσάκι 8-10 ετών, που αντιστοιχούσε σε αρχόμενη διόγκωση του μαζικού αδένου. Συχνά η απλασία του μαστού συνοδεύεται από έλλειψη ή ατροφία των υποκειμένων μυών.¹⁹

Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι χειρουργική και συνίσταται σε τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης στην πλευρά που απουσιάζει ο αδένας.^{20,21}

Ατροφία των μαστών

Η ατροφία των μαστών επέρχεται συχνά μετά τον τοκετό, αλλά μερικές φορές οφείλεται σε άγνωστη αιτία. Αφορά στην προοδευτική μείωση του μεγέθους του μαστού. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη. Η θεραπευτική της αντιμετώπιση είναι χειρουργική και συντελείται με την τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης.

Υπερτροφία των μαστών

Αφορά στην ανάπτυξη των μαστών πέραν του αναμενόμενου. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη, σπάνια ετερόπλευρη. Αν η ανάπτυξη εξελιχθεί σε συνεχή και υπέρμετρη αύξηση του μεγέθους των μαστών, μπορεί να προκληθεί η λεγόμενη γιγαντομαστία. Η κατάσταση αυτή επιφέρει αίσθημα δυσφορίας και μερικές φορές άλγος λόγω του βάρους των μαστών.

Θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται μόνο με χειρουργική επέμβαση, που συνήθως συνίσταται σε μειωτική μαστοπexία όπου εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές. Σε εκσεσημασμένες καταστάσεις υπερτροφίας ή σε περιπτώσεις υπερτροφίας που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να φθάσει και μέχρι την απλή μαστεκτομή.²⁰⁻²³

Ανισομαστία

Ανισομαστία έχουμε όταν το μέγεθος των δυο μαστών δεν είναι ομοιόμορφο. Ανάλογα με το μέγεθος των μαστών σε σχέση με τη διάπλαση του σώματος της γυναίκας έχουμε τη θετική ανισομαστία, όπου ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος του αναμενόμενου, και την αρνητική ανισομαστία, όπου ο ένας μαστός είναι μικρότερος του αναμενόμενου. Η θεραπεία και εδώ είναι χειρουργική.

Υπεράριθμες θηλές

Εάν η καταβολή της εμβρυϊκής μαστικής ακρολοφίας κατά μήκος της γαλακτοφόρου γραμμής δεν ατροφήσει πλήρως, στον ενήλικα παραμένουν επάρματα τα οποία αντιστοιχούν σε υπεράριθμες θηλές και μπορούν να διαπιστωθούν σε οποιοδήποτε ύψος της γαλακτοφόρου γραμμής. Στην περίπτωση αυτή δεν χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση.

Υπεράριθμοι μαστοί

Οι υπεράριθμοι μαστοί εντοπίζονται κι αυτοί κατά μήκος της γαλακτοφόρου γραμμής με συχνότερη τη μασχαλία ή την υπομαστική εντόπιση. Οφείλονται στη μη πλήρη ατροφία της εμβρυϊκής καταβολής που έχει ως συνέπεια την ανταπόκριση στην ορμονική διέγερση του παραμένουστος ιστού κατά την ήβη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. -Ιωαννίδου-Μουζάκα Α.: Παθολογία του μαστού. In: Γυναικολογία. Δ.Ε. Λώλης. Εκδ. Παρισιάνου. Αθήνα, σελ. 495-509, 1995.
2. -Παπαϊωάννου Α.: Παθήσεις απότοκες γαλουχίας. In: Μαστός, Αθηναϊκόν Κέντρον, Εκδ. σελ. 202-214, 1971.
3. -Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. N. Engl. J. Med, 277:79, 1967.
4. -Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S: Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet. Gynecol, 149:492-495, 1984.
5. -Gros Ch.M.: Les Maladies du sein. Masson Paris, 1963.
6. -Ilgore AR, Fleming R: Abscesses of the breast: Recurring lesions in the areolar area. Calif Med, 77: 190-191, 1952.
7. -Holck S: Subareolar abscess of the breast. Ugeskr Laeger, 142: 870, 1980.
8. -Zuska JJ, Crile G, Ayres WW: Fistulas of lactiferous ducts. Am J Surg, 81: 312-317, 1951.
9. -Atkins JHB: Mammary fistula. Br Med J, 2: 1473-1474, 1955.
10. -Azzopardi JF: Problems in breast pathology. Philadelphia, WB Saunders, σελ. 399-400, 1979.
11. -Hamit HJ, Ragsdale TH: Mammary tuberculosis. J R Soc Med, 75: 764-765, 1982.
12. -Bland KI. Inflammation, infections and metabolic disorders of the mamma. In: The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases. Ed. W.B. Saunders Co, pp. 87-112, 1991.
13. -Tarade A, Isnard A, Gimbergnes H: Les ecoulements. In: Imagerie de la pathologie mammaire. Eds Masson Paris, pp. 8-13, 1995.
14. -Ioannidou-Mouzaka L, Vello E, Skrapari-Kramboviti S, Stefanopoulou - Spiliadi Ch: Les "papillomes" intracanalaires du sein. Etude comparative des resultats cytologiques, galactographiques et histologiques. Gynecologie, 32: 511-515, 1981.
15. -Lamarque J L. Le sein. Radiodiagnostic clinique. Ed. Medsi, Paris, 1981.
16. -Ιωαννίδου-Μουζάκα Α, Gros D, Pusterla E. Πλασματοκυτταρική μαστίτιδα. MMG, 5 (40): 341-345, 1977.
17. -Bland KI, Romrell JL. Congenital and acquired disturbances of breast development and growth. In: The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases: K.I. Bland and EM Copeland. Eds W.B. Saunders, Co, σελ. 69-86, 1991.
18. -Deshpande SN, Jagtap SR, Thatte RL. An usual case of congenital chest wall deformity with polythymia and absence of the lung. Br J. Plast Surg, 42: 484-489, 1989.
19. -David TJ: Nature and etiology of the Poland anomaly. N. Engl. J Med, 287:487, 1972.
20. -Παπαδόπουλος Ο. Πλαστική, επανορθωτική και αισθητική χειρουργική. Ιατρ. Εκδ. Π. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1995.
21. -Mailard GF, Montandon D, Goin JL: Plastic reconstructive breast surgery. Eds. Masson, Paris 1983.
22. -Luchsinger J: Bilateral mammary hypertrophy during pregnancy. Rev Obstet Gynec Venez, 20:707 - 710, 1960.
23. -Moss TW: Gigantomastia with pregnancy. Arch Surg, 96: 27-32, 1968.

www.senologycongress2014.gr



Hellenic Senologic Society



Turkish Federation
of Breast Disease Societies



1st

Hellenic-Turkish Congress on Senology

New aspects on diagnosis and
treatment of breast diseases

Divani Caravel Hotel
Athens, GREECE

19-21 June 2014



Under the Blessing of his All Holiness the Ecumenical Patriarch Vartholomeos 1st

Under the Auspices of the:

 Greek Ministry of Health |  Municipality of Athens |
 Senologic International Society (SIS) |  PanHellenic Medical Association

In Collaboration with:

 Hellenic Society of Plastic, Reconstructive and Esthetic Surgery |
 Greek Society of early Breast Cancer Diagnosis and Management |
 Hellenic Society of Ultrasounds in Medicine and Biology |  European Oncology Nurse Society |
 Hellenic Oncology Nurses Society | Greek Society of T.E.I. Radiographers

The Congress will be accredited by EACCME – UEMS with CME-CPD credits

Επίδραση των Συστηματικών Νοσημάτων στην Ανοχή στην Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ).

Αικατερίνη Αλεξοπούλου

Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος

Γεν. Γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας

Ασθενείς που πάσχουν από συστηματικές νόσους όπως αγγειακές νόσοι του κολλαγόνου(ANK), φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου(ΦΝΕ), υπέρταση, και σακχαρώδη διαβήτη ανέχονται πτωχά την ακτινοθεραπεία. Οι ασθενείς αυτές έχουν κοινή μικροαγγειακή παθολογία που μπορεί να «επιβαρυνθεί» λόγω ακτινοθεραπείας.

Από την εμπειρία μας και σύμφωνα με την Αγγλο-Σαξωνική βιβλιογραφία, θα περιγράψουμε τις επιδράσεις της ακτινοθεραπείας στις αγγειακές νόσους του κολλαγόνου, τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, την υπέρταση και τον σακχαρώδη διαβήτη(ΣΔ).

Οι ANK αποτελούν μια ετερογενή ομάδα νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από μεταβολές στην ανοσορύθμιση. Αν και ο ακριβής μηχανισμός και η παθογένεση της ανοσολογικής δυσλειτουργίας παραμένουν ακόμη άγνωστα, οι απότοκες κλινικές οντότητες γνωστές ως ρευματοειδής αρθρίτις, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ), πολυμυοσίτις, συστηματική σκλήρυνση και μικτά νοσήματα του συνδετικού ιστού, χαρακτηρίζονται από συνδυασμό περιαρθρικής, περιμυϊκής και περιαγγειακής φλεγμονής. Σε μερικά Νοσηλευτικά ιδρύματα, οι ANK θεωρούνται σχετική αντένδειξη για ακτινοθεραπεία από φόβο για μεγαλύτερο κίνδυνο οξέων και χρονίων επιπλοκών.

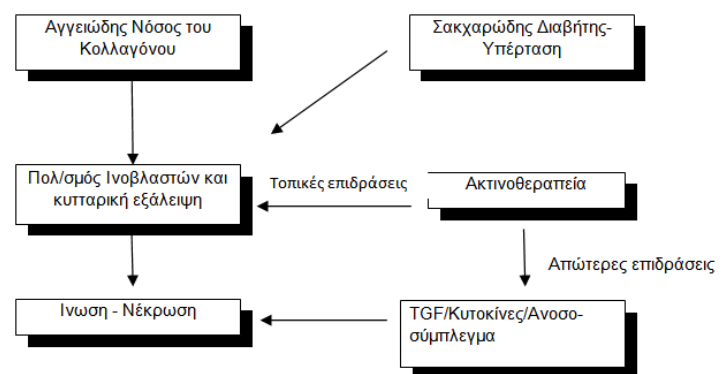
Ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση έχουν παρόμοιες με τις ANK αγγειακές παθολογίες με εξαίρεση την αυτοάνοση αιτιολογία. Οι Von Lohar και συν. περιέγραψαν σημαντική μέση υπερτροφία μετά στένωσης του αυλού των αρτηριδίων σε ασθενείς με υπέρταση. Ομοίως, ο χρόνιος διαβήτης μπορεί να προκαλέσει μικροαγγειακές αποφρακτικές μεταβολές που οδηγούν σε τριχοειδική υαλοειδοποίηση, αρτηριδιακή εξάλειψη και αθηροσκληρυνση με αποτέλεσμα την ιστική υποξία. Οι διαβητικοί έχουν επίσης αυξημένη γλοιότητα αίματος που μπορεί να επιτείνει την ισχαιμία.

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου με προεξάρχουσες την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του εντέρου οικογενούς αιτιολογίας και έχουν συστηματικές εκδηλώσεις. Οι ΦΝΕ μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά με τις προαναφερθείσες ANK. Το χαρακτηριστικό μικροσκοπικό εύρημα της νόσου του Crohn είναι διατοχωματικά οζώδη λεμφοειδή σύνολα, συνοδευόμενα από αλλαγές του μυϊκού βλεννογόνου, των αγγείων και των νεύρων του μεσεντερίου πλέγματος. Οίδημα του ενδοθηλίου στα μικρά αιμοφόρα αγγεία, διατοχωματική ίνωση και εκσεσημασμένη εναπόθεση κολλαγόνου είναι εμφανή ευρήματα. Στην ελκώδη κολίτιδα, ιστός υψηλής αγγειακής κοκκιωμάτωσης αναπτύσσεται στις απογυμνωμένες περιοχές του βλεννογόνου. Αν και το επίπεδο της ίνωσης είναι συνήθως μικρότερο από αυτό της νόσου του Crohn, η χρόνια περιαγγειακή φλεγμονώδης διήθηση του βλεννογόνου καθώς και του υποβλεννογονίου είναι αξιοσημείωτες. **Κατά συνέπεια, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η ακτινοθεραπεία να προσθέσει σε αυτό το έδαφος της φλεγμονής αγγειακές μεταβολές.**

Ο επιπρόσθετος τραυματισμός που προκαλείται από την ΑΚΘ και την προϋπάρχουσα παθολογία της ANK μπορεί επίσης να εξηγήσει δυνητικά αυξημένες απώτερες αντιδράσεις που εντοπίζονται σε μερικές ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ΑΚΘ. Στους συνδετικούς ιστούς, περιαγγειακές φλεγμονώδεις διηθήσεις οδηγούν σε αγγειίτιδα του ανοσοσυμπλεγματος (τυπική μορφή του ΣΕΛ, σε μικτή διαταραχή συνδετικού ιστού και στον σακχαρώδη διαβήτη), και κυτταρική εξάλειψη, μέσω έντονου πολλαπλασιασμού των ινοβλαστών του δερματικού συνδετικού ιστού (τυπικό στο σκληρόδερμα και τη ρευματοειδή αρθρίτιδα) παρατηρούνται κατά γενική σχεδόν, ομολογία. Με τον ίδιο τρόπο, οι απώτερες επιπλοκές της ΑΚΘ επηρεάζουν τις ίδιες δομές-στόχους όπως οι ANK. Λόγος χάρις, καλλιερνημένοι ινοβλάστες από ζώα που έχουν σε πειραματικό επίπεδο ακτινοβοληθεί, πολλαπλασιάζονται με ταχύτατο ρυθμό και παράγουν υπέρτονα ποσά κολλαγόνου invitro σε σύγκριση με ινοβλάστες από μη ακτινοβοληθέντα ζώα. Επιπροσθέτως, παρατηρείται εξάλειψη των τριχοειδών και των μικρών αγγείων προκαλούμενη από την ΑΚΘ.

Σε αυτήν την αρχή βασίζεται η εφαρμογή της ΑΚΘ στην εξάλειψη αρτηριοφλεβωδών δυσπλασιών του ΚΝΣ και τις τριχοειδικές αιμορραγίες των όγκων. Τα σφαγιτιδικά παραγαγγλιώματα που είναι τυπικά καλοήθεις αγγειοβριθείς όγκοι (αναπτύσσονται στον σφαγιτιδικό βολβό), νευρογενούς προέλευσης ενδέχεται να παρουσιάζουν και ορμονική δραστηριότητα. Αναπτύσσονται σε διάφορες θέσεις στην κεφαλή και τον τράχηλο και ίσως παρουσιάζουν πολλαπλούς εντοπισμούς στο ίδιο άτομο, ιδιαίτερα αν υπάρχει και κληρονομική προδιάθεση. Η συμπτωματολογία τους οφείλεται κατά κύριο λόγο στην πίεση που ασκούν με την προοδευτική αύξηση του μεγέθους τους. Η πίεση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή οστικών δομών, παραλύσεις εγκεφαλικών νεύρων ή αποφράξεις μεγάλων αγγείων. Κατά κανόνα ελέγχονται με χαμηλής-δόσης ΑΚΘ. Τα τοπικά αποτελέσματα της ΑΚΘ στους ινοβλάστες και τα αιμοφόρα αγγεία μπορούν να συμβάλλουν στη φυσική εξέλιξη των ANK. Ενδιαφέρον παραμένει το γεγονός ότι η ΑΚΘ ενεργοποιεί μια λανθάνουσα κατάσταση ANK. Έχει καταδειχθεί ότι αρκετά ρυθμιστικά πεπτιδία προάγουν την ανάπτυξη των ινοβλαστών, τη χημειοαξία και την παραγωγή μακρομορίων συνδετικού ιστού. Ο μετατρεπτικός αυξητικός παράγοντας-β (TGF-β) είναι μία κυτοκίνη που παράγεται από φλεγμονώδη κύτταρα που είναι γνωστό ότι προάγουν τη σύνθεση του κολλαγόνου. Η ιονίζουσα ακτινοβολία ίσως είναι ικανή να ευοδώσει την παραγωγή ή την απελευθέρωση των σημάτων ενεργοποίησης ινοβλαστών από τα φλεγμονώδη κύτταρα, τα ενδοθηλιακά και τους ινοβλάστες. Στην πραγματικότητα, ο TGF-β βρέθηκε αξιοσημείωτα αυξημένος σε ακτινοβοληθέντα ιστό ασθενών με καρκίνο του γαστρεντερικού μέχρι και 40 εβδομάδες μετά την ΑΚΘ, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο TGF-β ίσως εμπλέκεται στην μετακινική ίνωση.

Οι άμεσες και οι απώτερες αυξήσεις στην έκφραση του TGF-β στον πνευμονικό ιστό συσχετίστηκαν από τους Rube και συν. με την ακτινοβόληση του θώρακα. Άλλος ένας πιθανός μηχανισμός για «συστηματική» δραστηριοποίηση είναι μέσω καταστροφής της βασικής μεμβράνης στα τριχοειδή κύτταρα του ενδοθηλίου. Οι πιθανοί μηχανισμοί των άμεσων και απώτερων αποτελεσμάτων από την ΑΚΘ περιλαμβάνονται στο παρακάτω διάγραμμα:



Σε περίπτωση ενεργού ANK, θα ήταν σκόπιμο να χορηγηθούν ανοσορρυθμιστικά φάρμακα προκειμένου να επιφέρουν ύφεση της νόσου πριν την έναρξη της ΑΚΘ διότι η βιβλιογραφία καταδεικνύει μια τάση καλύτερης ανοχής στην ΑΚΘ όταν η νόσος είναι σε ύφεση. Μείωση της συνολικής δόσης, της δόσης ανά συνεδρία και του μεγέθους του πεδίου θεραπείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά περίπτωση. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη συνολική δόση στο δέρμα και να γίνει προσπάθεια ελαχιστοποίησης των ανεπιθύμητων ακτινικών εγκαυμάτων (hotspots).

Σε ό,τι αφορά στον σακχαρώδη διαβήτη και την υπέρταση, υψίστης σημασίας είναι η διόρθωση της συνυπάρχουσας μεταβολικής νόσου και αυτής του ΑΝΣ. Είναι ξεκάθαρο ότι όλοι οι διαβητικοί ασθενείς δεν διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι, συγκεκριμένα, ασθενείς με αρρυθμιστή υπέρταση και επιπλέον σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι μπορεί να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για νοσηρότητα οφειλομένη στην ΑΚΘ.

Και πάλι, μείωση στη συνολική δόση, τη δόση ανά συνεδρία και το μέγεθος του πεδίου θεραπείας είναι πρακτικές εναλλακτικές για ασθενείς στους οποίους υποψιαζόμαστε αγγειακή νόσο.

Αντίστοιχα, ασθενείς με ΦΝΕ έχουν υψηλότερη επίπτωση απώτερης νοσηρότητας με την ΑΚΘ. Παρ' όλα αυτά, μια ενθαρρυντική μελέτη από τους Willet και συν. κατέδειξε την αξία των εξειδικευμένων τεχνικών και των προφυλάξεων κατά τη διάρκεια της χορήγησης ΑΚΘ ώστε να ελαχιστοποιηθεί η τοξικότητα στο έντερο. Ασθενείς με μεγαλύτερα διαστήματα ανενεργούς ΦΝΕ, ασθενείς με νόσο σε λανθάνουσα κατάσταση κατά τη χορήγηση της ΑΚΘ ή υπό προφυλακτική αντιφλεγμονώδη αγωγή έχουν μικρότερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ανεπιθύμητες ενέργειες από την ΑΚΘ.

Είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι τα αναφερόμενα στην παρούσα εργασία προέρχονται από δημοσιευμένες αναδρομικές μελέτες, όπου δεν γινόταν πλήρης αξιολόγηση με τις προαναφερθείσες συνυπάρχουσες νοσηρότητες. Για παράδειγμα, αναφορές που εξετάζουν τις συνέπειες της ΑΚΘ στον σακχαρώδη διαβήτη, δεν κάνουν διαχωρισμό μεταξύ τύπου Ι και τύπου ΙΙ. Δημοσιευμένες αναφορές στις ΑΝΚ δεν κάνουν διαχωρισμό μεταξύ ενεργούς νόσου και νόσου σε λανθάνουσα κατάσταση. Κατά συνέπεια, στο μέλλον, μελέτες θα χρειαστεί να τεκμηριώσουν τις συνυπάρχουσες νοσηρότητες με μεγαλύτερη λεπτομέρεια ώστε να ρίξουν φως στις συνέπειες της ΑΚΘ στις συστηματικές παθήσεις.

Οι συστηματικές νόσοι όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, οι ΑΝΚ και οι ΦΝΕ σχετίζονται με μειωμένη ανοχή στην ακτινοβολία. Αν και η μέχρι σήμερα βιβλιογραφία δεν είναι αποδεικτική, αλλά μόνον ενισχυτική, η συσχέτιση των παθήσεων αυτών με την μη καλή ανοχή στην ακτινοβολία δε θα πρέπει να θεωρείται πλέον αβέβαιη. Η πρόκληση για το μέλλον είναι να προσδιορισθεί ποια ακριβώς υπο-ομάδα ασθενών με αυτές τις κοινές παθήσεις θα ανεχθεί κακώς την ΑΚΘ. Επιπροσθέτως, το ακριβές ποσοστό κινδύνου που σχετίζεται με αυτές τις «υψηλού-κινδύνου» ασθενείς θα πρέπει να μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων. Λόγου χάρι, οι ΦΝΕ και ΑΝΚ σε ενεργή φάση, έναντι της νόσου σε λανθάνουσα κατάσταση, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι, έναντι τύπου ΙΙ, είναι απαραίτητο να ξεχωριστούν. Σε ό,τι αφορά στην αρτηριακή υπέρταση, μελέτες στο μέλλον θα εξετάσουν την τοπική αγγειακή πίεση παράλληλα με τη συνολική αρτηριακή πίεση. Η εφαρμογή θεραπείας, σε αυτούς τους ασθενείς, με ακτινοπροστατευτικές ουσίες καθώς επίσης και με τροποποιητές, θα πρέπει να διερευνηθεί.

Αισιοδοούμε και πιστεύουμε ότι προοπτικές μελέτες στο μέλλον, θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών με συστηματικές παθήσεις που υποβάλλονται σε ΑΚΘ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Isselbacher K, Braunwald E. Harrison's Principle of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill Company, 1994:1922-1974.
- Rubin E, Farber JL. Pathology. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1994:651-686.
- Matthews RH. Collagen vascular disease and irradiation. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1989;17:1123-1124.
- Hareyama M, Nagakura H, Tamakawa M et al. Severe reaction after chemoradiotherapy of nasopharyngeal carcinoma with collagen disease. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995;33:971.
- Abu-Shakra M, Lee P. Exaggerated fibrosis in patients with systemic sclerosis (scleroderma) following radiation therapy. J Rheumatol 1993;20:1601-1603.
- ChonBH and LoefflerJS. The effect of nonmalignant systemic disease on tolerance to radiation therapy. The Oncologist, April 2002;7 (2):136-143



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 e-mail: em_1979@yahoo.gr.

Οι εγγραφές για το 2015 έχουν αρχίσει και τηρείται απόλυτη σειρά προτεραιότητας.



Αντισυλληπτικά Χάπια και Παθολογία του Μαστού

Ε. Δεληγεώργου

Π. Τσιμάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αντισυλληπτικά δισκία (ΑΔ) έχουν κυκλοφορήσει από το 1960 και έχουν χρησιμοποιηθεί από αρκετά εκατομμύρια γυναικών ανά τον κόσμο. Βιβλιογραφικές αναφορές του 1988 περιγράφουν ότι περισσότερες από 10,7 εκατομμύρια Αμερικανίδες λάμβαναν τότε τα από του στόματος ΑΔ.¹ Τα περισσότερα συνδυασμένα ΑΔ περιέχουν αιθινυλοιστραδιόλη (ή σπανιότερα μεστρανόλη, η οποία μεταβολίζεται σε αιθινυλ-οιστραδιόλη) και ένα προγεσταγόνο. Αρχικά εμπεριείχαν υψηλές δόσεις οιστρογόνου (100 μg) οι οποίες μειώθηκαν προοδευτικά και έφθασαν στις μέρες μας να είναι 20 -30 μg, ενώ στο ίδιο χρονικό διάστημα έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότεροι από 9 διαφορετικούς τύπους προγεσταγόνου.² Στα 45 χρόνια κυκλοφορίας των ΑΔ έχουν περιγραφεί διαφορετικά σχήματα χορήγησης, άλλοτε άλλης διάρκειας, με τάσεις αύξησης της διάρκειας χορήγησης τους και ολοένα και μικρότερη ηλικία έναρξης της λήψης τους, από την εφηβεία.

Ενώ υπάρχει μικρό (ερευνητικό-συγγραφικό) ενδιαφέρον για την σχέση των ΑΔ με τις καλοήθεις παθήσεις του μαστού, παρατηρείται εντονότατο παγκόσμιο ερευνητικό και συγγραφικό ενδιαφέρον για την σχέση των ΑΔ με τον καρκίνο του μαστού.

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο όρος "καλοήθεις παθήσεις μαστού" περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, για τις οποίες όμως δεν υπάρχει διεθνής ομοφωνία όσον αφορά την κατάταξή τους. Οι δύο πλέον γνωστές νοσολογικές οντότητες είναι η ινοκυστική νόσος και το ινοαδένωμα του μαστού.³

Η ινοκυστική μαστοπάθεια χαρακτηρίζεται από ψηλαφητές κύστες στον μαστό οι οποίες είναι επώδυνες κατά την φυσική εξέταση και των οποίων η ευαισθησία αυξομειώνεται ανάλογα με τις φάσεις του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Η μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου εμφανίζεται στις αρχές της 4^{ης} δεκαετίας της ζωής των γυναικών με τάση επιδείνωσης μέχρι την εμμηνόπαυση. Το ινοαδένωμα του μαστού είναι ένας καλοήθης όγκος ο οποίος εξορμάται από ένα λοβίο, έχει σαφή όρια και προέρχεται από διαταραχή της αρχιτεκτονικής του στρώματος του λοβίου. Η μέγιστη επίπτωσή του εμφανίζεται σε γυναίκες 20-25 ετών.³

Τα αντισυλληπτικά δισκία βελτιώνουν τις καλοήθεις παθήσεις του μαστού, και αυτό ισχύει κυρίως για τα παλαιότερου τύπου ΑΔ τα οποία εμπεριείχαν υψηλότερες δόσεις οιστρογόνου και προγεσταγόνου.^{4,5} Μετα-αναλύσεις όμως αυτών των εργασιών διατυπώνουν επιφυλάξεις για την θεραπευτική δράση των ΑΔ και ειδικά των σύγχρονων μορφών, με τις χαμηλές δόσεις αιθινυλ-οιστραδιόλης.⁶ Σίγουρα οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού δεν αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση ΑΔ.⁷

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος ξεκινά όταν κατά τη διάρκεια της διαίρεσης των φυσιολογικών κυττάρων επισυμβούν κάποιες μεταλλάξεις και τα γενετικά τροποποιημένα κύτταρα που προκύπτουν εμφανίζουν έναν ανεξέλεγκτο ρυθμό πολλαπλασιασμού. Έτσι οι γυναικείες ορμόνες καθώς και άλλες ορμόνες οι οποίες επιδρούν στο μαζικό αδένωμα, είναι δυναμικά παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αντίθετα καταστάσεις όπως η κύηση και η γαλουχία, οι οποίες προκαλούν διαφοροποίηση του μαζικού αδένου, μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό.

Όλες οι εργασίες, που έχουν διερευνήσει τη σχέση των ενδογενών ορμονών με τον καρκίνο του μαστού, έχουν σταθερά αποδείξει ότι οποιαδήποτε "γαλακτοτρόφος" ορμόνη έχει θετική επίδραση στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Οι ορμόνες αυτές είναι η ολική οιστραδιόλη και το ελεύθερο κλάσμα της, η οιστρόνη, η ανδροστενδιόνη, η δεϋδροεπιανδροστερόνη και η θειική δεϋδροεπιανδροστερόνη, η τεστοστερόνη και η προλακτίνη.⁸ Η επίδραση των ορμονών αυτών μπορεί να ξεκινά ακόμα και κατά την ενδομήτρια φάση ανάπτυξης και συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή.

Από τα προαναφερθέντα ευκόλως θα συνάγεται το συμπέρασμα ότι και οι εξωγενώς χορηγούμενες ορμόνες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Το τελευταίο όμως συμπέρασμα δεν έχει επιβεβαιωθεί για τα αντισυλληπτικά δισκία.

Προκειμένου να γίνει σε βάθος ανάλυση της σχέσης ΑΔ και καρκίνου του μαστού θεωρείται σκόπιμο να αναπτυχθούν αναλυτικότερα οι παρακάτω παράμετροι:

1. Οποιαδήποτε χρήση ΑΔ.
2. Διάρκεια χρήσης ΑΔ.
3. Χρήση ΑΔ πριν την ολοκλήρωση μίας κύησης ή έναρξη σε μικρή ηλικία.
4. Τύπος και δοσολογία ΑΔ.
5. Συσχέτιση με άλλους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού.
6. ΑΔ εμπεριέχοντα μόνο προγεσταγόνο.

1. ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΧΡΗΣΗ ΑΔ

Σύμφωνα με πολλαπλές μετααναλύσεις, ανασκοπήσεις και με βάση την ανάλυση του "Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer"⁹ οι γυναίκες οι οποίες έχουν λάβει "οποιαδήποτε" ποσότητα ΑΔ δεν έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν λάβει ποτέ ΑΔ. Αυτό το συμπέρασμα βέβαια είναι ιδιαίτερα καθοριστικό και δεν μπορεί να είναι απόλυτα αξιόπιστο μια που στην κατηγορία των γυναικών με "οποιαδήποτε" χρήση ΑΔ συμπεριλαμβάνονται γυναίκες με άλλοτε άλλης διάρκειας χρήση ΑΔ και άρα διαφορετική επίδραση των ΑΔ στον μαζικό αδένου τους.

2. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΔ

Η μακρά διάρκεια χρήσης ΑΔ δεν αυξάνει στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, όπως αποδείχθηκε από τις περισσότερες μελέτες παρατήρησης. Στην ευρεία ανάλυση του "Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer"⁹ συνελέγησαν τα δεδομένα από 53.297 γυναίκες με καρκίνο μαστού και από 100.239 γυναίκες χωρίς καρκίνο οι οποίες κατά βάση προέρχονταν από χώρες της Βορείου Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης. Μελετήθηκε η συσχέτιση της διάρκειας χρήσης ΑΔ και της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το κύριο συμπέρασμα αυτής της έρευνας ήταν ότι υπάρχει μια μικρή αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου μόνο κατά τη διάρκεια λήψης των ΑΔ. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται αμέσως μετά τη διακοπή της λήψης των ΑΔ και μηδενίζεται 10 χρόνια μετά τη διακοπή. Ο σχετικός κίνδυνος (RR) για καρκίνο του μαστού υπολογίστηκε στο 1,24 [95% (confidence interval) 1,15-1,33] για τις τρέχουσες χρήστριες σε σχέση με τις μη χρήστριες. Ο αντίστοιχος σχετικός κίνδυνος 10 χρόνια μετά τη διακοπή των ΑΔ εκτιμήθηκε στο 1,01 [95% (confidence interval) 0,96-1,05] (βλέπε Πίνακα 1).

3. ΧΡΗΣΗ ΑΔ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΜΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ Ή ΕΝΑΡΞΗ ΣΕ ΜΙΚΡΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ενας σημαντικός αριθμός ερευνητών έχει διερευνήσει την επίδραση των ΑΔ στο μαστό πριν την επίτευξη μιας τελειώμενης κύησης.¹⁰⁻¹² Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι "η μέγιστη επίδραση των ΑΔ επισυμβαίνει στο μαστό ο οποίος δεν έχει ακόμα υποστεί τις διαφοροποιήσεις μιας τελειώμενης κύησης". Τα αποτελέσματα της πρώτης έρευνας έδειξαν μία αύξηση του σχετικού κινδύνου μετά από μακροχρόνια λήψη ΑΔ, τα οποία όμως δεν επιβεβαιώθηκαν από τις δύο επόμενες, ούτε από τις μετα-αναλύσεις τους.

Στην ευρεία ανάλυση του "Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer",⁹ περιγράφεται μία τάση αύξησης του σχετικού κινδύνου για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες εκείνες που έκαναν έναρξη χρήσης ΑΔ σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών. Ανάμεσα στις γυναίκες με διεγνωσμένο καρκίνο μαστού στο ηλικιακό εύρος των 30-35 ετών, ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου λόγω πρόσφατης χρήσης ΑΔ ήταν 1,54 για όσες είχαν κάνει λήψη πριν τα 20 χρόνια τους και 1,13 εφόσον ξεκίνησαν τα ΑΔ μετά τα 20 έτη.

Παρότι ο σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες εκείνες που λάμβαναν ΑΔ από την εφηβεία, αυτό φαίνεται να έχει μικρή επίδραση στη συνολική επίπτωση του καρκίνου λόγω της πολύ μικρής συχνότητας της νόσου στις νεαρές ηλικίες.¹³

4. ΤΥΠΟΣ ΚΑΙ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΑΔ

Η ποσοτική και ποιοτική σύσταση των ΑΔ μπορεί να είναι σημαντική στον καθορισμό του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Υπάρχει όμως δυσκολία στο σχεδιασμό μελετών αυτού του είδους, κυρίως διότι οι συμμετέχουσες μπορεί να μην ενθυμούνται τον τύπο του αντισυλληπτικού δισκίου που ελάμβαναν ή διότι έχουν λάβει διαφορετικά σκευάσματα κατά περιόδους. Επίσης χρειάζονται μεγάλοι αριθμοί ασθενών ανά κατηγορία ΑΔ προκειμένου η μελέτη να έχει στατιστική ισχύ. Τέλος υπάρχει ανάγκη κατηγοριοποίησης των ΑΔ ανάλογα με την επίδρασή τους στο μαζικό αδένα.

Πίνακας 1
Σχετικός κίνδυνος για καρκίνο μαστού σε σχέση με τη διάρκεια λήψης και σε σχέση με τα χρόνια μετά τη διακοπή λήψης τους. (Αναπαράγωγή από το Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1997).

Διάρκεια χρήσης και έτη από τη διακοπή	Περιπτώσεις/ομάδα ελέγχου	RR	RR & 95% CI
Καμία χρήση	12467/23568	1.00	
Τελευταία χρήση προ διάγνωσης <5 έτη			
Διάρκεια <1 έτος	368/860	0.99	
Διάρκεια 1-4 έτη	891/2037	1.08	
Διάρκεια 5-9 έτη	588/1279	1.31	
Διάρκεια 10-14 έτη	304/633	1.24	
Διάρκεια ≥15 έτη	294/514	1.56	
Τελευταία χρήση προ διάγνωσης ≥5 έτη			
Διάρκεια <1 έτος	437/890	1.12	
Διάρκεια 1-4 έτη	566/1256	1.12	
Διάρκεια 5-8 έτη	151/374	0.90	
Διάρκεια ≥10 έτη	93/233	0.95	

Μετα-ανάλυσεις της "Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer" αναφέρουν ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου σε σχέση με το είδος του οιστρογόνου ή του προγεσταγόνου τα οποία εμπεριέχονται στα ΑΔ.^{14,15} Αντίθετα τα ΑΔ που εμπεριέχουν δόσεις αιθινυλ-οιστραδιόλης μεγαλύτερες από 35 μg φαίνεται να αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.^{14,15}

Πρόσφατα δημοσιευθείσες μελέτες εξέτασαν στο εργαστήριο την επίδραση διαφορετικών προγεσταγόνων σε καρκινικά κύτταρα μαστού. Διατύπωσαν το συμπέρασμα ότι η μεδροξυπρογεστερόνη, η νορεθιστερόνη και η διενόγεςτη, είτε χορηγούμενες μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με αιθινυλ- οιστραδιόλη προάγουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Αντίθετα προγεσταγόνα όπως η διυδροπρογεστερόνη και η προγεστερόνη προάγουν την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων είτε χορηγούμενα μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με αιθινυλ-οιστραδιόλη.^{16,17} Είναι επιτακτική η ανάγκη εκπόνησης φαρμακευτικών και κλινικών μελετών προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα παραπάνω αποτελέσματα και in vivo.

5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΆΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει πληθώρα δημοσιεύσεων που συσχετίζουν τη λήψη ΑΔ με άλλους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο μαστού. Ήδη προαναφέρθηκε η συσχέτιση με την ηλικία.

Το **οικογενειακό ιστορικό** καρκίνου του μαστού αποτελεί αδιαμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου και έχει συσχετισθεί με τη λήψη ΑΔ. Η πλέον πρόσφατα δημοσιευθείσα μελέτη, με το μεγαλύτερο αριθμό περιπτώσεων, από τον Καναδά¹⁸ ανέδειξε τα εξής:

- η οποιαδήποτε χρήση ΑΔ στις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού συσχετίζεται με ελαφρά μείωση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού [σχετικός κίνδυνος= 0.88, 95%(confidence interval)=0.73-1.07]
- σε άλλη στατιστική ανάλυση συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση της οποιαδήποτε λήψης αντισυλληπτικών δισκίων με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού [σχετικός κίνδυνος=1.03, 95% CI=0.78-1.38]
- η μακροχρόνια λήψη ΑΔ πιθανότατα μειώνει τοσχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό, ιδίως σ'αυτές με α' βαθμού συγγένεια. Η ύπαρξη των ογκογονιδίων BRCA1 και BRCA2

αποτελεί επίσης έναν αδιαμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου όχι μόνο για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού αλλά και καρκίνου των ωοθηκών. Με δεδομένη την προφυλακτική επίδραση των αντισυλληπτικών δισκίων στην ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών εγείρεται εντονότατη ανάγκη ανάδειξης της επίδρασης των ΑΔ στον μαστό των γυναικών αυτών.

Οι φορείς του ογκογονιδίου BRCA2 δεν επηρεάζονται αρνητικά από τη λήψη ΑΔ, δηλαδή δεν αυξάνεται ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά από χρήση ΑΔ.^{19,20} Η παραπάνω ομοφωνία δεν ισχύει για τους φορείς του ογκογονιδίου BRCA1. Οι Narod και συν.¹⁹ περιέγραψαν αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού μετά από λήψη ΑΔ, ενώ αντίθετα οι Milne και συν.²⁰ διατύπωσαν την άποψη ότι οι φορείς του BRCA1 παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης κακοήθους εξεργασίας στο μαστό μετά από λήψη ΑΔ. Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να αποσαφηνιστεί η επίδραση των ΑΔ στους φορείς του BRCA1 ογκογονιδίου.

Η λήψη **αλκοόλ** σε ποσότητες μεγαλύτερες από αυτές του κοινωνικού καταναλωτή (περισσότερα από 2 ποτήρια αλκοολούχων ποτών ανά εβδομάδα) έχει συσχετισθεί με αύξηση του σχετικού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.²¹ Την προκύπτουσα σχέση της ταυτόχρονης λήψης αυξημένης ποσότητας αλκοόλ και ΑΔ, σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού, εξέτασε και δημοσίευσε πρόσφατα, μια ομάδα ερευνητών από τη Νορβηγία. Συμπεράναν ότι παρά τη θετική επίδραση του κάθε ενός παράγοντα ξεχωριστά (μόνο λήψη αλκοόλ ή μόνο λήψη ΑΔ) στην καρκινογένεση του μαστού, ο συνδυασμός τους (η ταυτόχρονη λήψη ΑΔ και αυξημένης ποσότητας αλκοόλ) δεν έχει επίδραση στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ταυτόχρονη λήψη αλκοόλ και ΑΔ δρα ανταγωνιστικά στη διαμόρφωση ενός αυξημένου σχετικού κινδύνου για καρκινογένεση με αποτέλεσμα να μην αυξάνεται ο κίνδυνος αυτός.

Οι μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες WHI²³ και Million Women Study²⁴ εξέτασαν την επίδραση της **θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ)** στην καρκινογένεση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Συμπεράναν ότι η συνδυασμένη χορήγηση οιστρογόνου και προγεσταγόνου προκαλεί αύξηση του σχετικού κινδύνου για καρκίνο μαστού. Μία μεγάλη ομάδα ερευνητών από τις Η.Π.Α.²⁵ διερεύνησαν επιδημιολογικά την πιθανότητα ο συνδυασμός παλαιότερης χρήσης ΑΔ και μετέπειτα λήψης συνδυασμένης ΘΟΥ να αυξάνει περισσότερο το σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που δεν είχαν παλαιότερα λάβει ΑΔ και λάμβαναν τώρα ΘΟΥ. Στα αποτελέσματά τους αναφέρεται ότι ο αυξημένος σχετικός κίνδυνος από την λήψη ΘΟΥ δεν αυξάνεται επιπρόσθετως εάν οι γυναίκες είχαν παλαιότερα λάβει και ΑΔ.^{25,26}

6. ΔΕ ΕΜΠΕΡΙΕΧΟΝΤΑ ΜΟΝΟ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΟ

Η κατηγορία των ΑΔ που περιέχουν μόνο προγεσταγόνο αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο αντισύλληψης και απευθύνεται σε εκείνες τις γυναίκες οι οποίες για λόγους υγείας δεν μπορούν να λάβουν οιστρογόνα. Τα ΑΔ αυτά είναι γνωστά και ως "mini-pill" και η συνταγογράφηση τους είναι διεθνώς περιορισμένη. Η στατιστική ανάλυση της χρήσης τους και του κινδύνου καρκινογένεσης στο μαστό αφορά μικρό αριθμό περιπτώσεων σε όλες τις βιβλιογραφικές αναφορές που ανευρέθησαν.²⁷⁻³¹ Υπάρχει καθολική ομοφωνία όλων των ερευνητών ότι η χρήση του "mini-pill" δεν αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης χρήσης του καθώς και τη διάρκεια χρήσης του.²⁷⁻³⁰ Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι η μακροχρόνια χρήση του δεν οδηγεί σε μεταβολή του σχετικού κινδύνου ή σε ελαφρά μείωση αυτού.³¹

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Τα ενέσιμα προγεσταγόνα καθώς και τα υποδόρια εμφυτεύματα βραδείας απελευθέρωσης προγεσταγόνων αποτελούν εναλλακτικές μορφές ορμονικής αντισύλληψης. Απευθύνονται κυρίως στις γυναίκες που δεν μπορούν να συμμορφωθούν στην καθημερινή λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων. Το ευρύτερα διαδεδομένο ενέσιμο προγεσταγόνο είναι η μεδροξυπρογεστερόνη ενώ το αντίστοιχο εμφύτευμα εμπεριέχει λεβονοργεστρέλη.

Η χρήση του ενέσιμου προγεσταγόνου δεν αυξάνει το σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού [ΣΚ= 0.9, 95% (CI): 0.7- 1.2].^{32,33} Δεν αυξάνεται επίσης ο σχετικός κίνδυνος μετά από πρόσφατη χρήση ή με χρήση σε μικρότερες ηλικίες. Οι γυναίκες που έκαναν βραχεία χρήση αυτής της μεθόδου (< από 6 μήνες) έχουν μικρότερο σχετικό κίνδυνο σε σχέση με αυτές που δεν το έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ [ΣΚ= 0.6, 95% (CI): 0.4- 1.0].³² Ο σχετικός κίνδυνος δεν αυξήθηκε μετά από παρατεταμένη χρήση.³²

Τα υποδόρια εμφυτεύματα βραδείας απελευθέρωσης προγεσταγόνων επίσης δεν αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο καρκινογένεσης, αν και οι αριθμοί περιπτώσεων που μελετήθηκαν είναι πολύ μικροί και η στατιστική δύναμη της μελέτης, είναι περιορισμένη.³²

Τη στιγμή της συγγραφής του παρόντος κεφαλαίου, δεν υπάρχουν ερευνητικά αποτελέσματα για την επίδραση των ενδομητρικών συσκευών βραδείας απελευθέρωσης προγεσταγόνων (Mirena).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η ορμονική αντισύλληψη αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο αντισύλληψης χωρίς να προσδίδει επικινδυνότητα στην καρκινογένεση του μαστού. Η χρήση της δεν επιβαρύνει τις καλοήθειες νόσους του μαστού εφόσον σε αυτές δεν ταυτοποιείται ατυπία.

Τα αντισυλληπτικά δισκία προκαλούν μια ελαφρά αύξηση του σχετικού κινδύνου για καρκίνο του μαστού, κυρίως κατά την περίοδο λήψης τους [ΣΚ=1,24 95% (CI)=1,15-1,33].³⁴ Η αυξημένη αυτή επικινδυνότητα παραμένει φθίνουσα για τα επόμενα 10 χρόνια μετά την διακοπή τους.³⁴ Μετά τη δεκαετία δεν υπάρχει καμία επίδραση στο σχετικό κίνδυνο.³⁴

Οι εναλλακτικές μορφές ορμονικής αντισύλληψης, δεν φαίνεται να επιδρούν θετικά στην καρκινογένεση του μαστού, αν και οι στατιστικές αναλύσεις τους είναι μειωμένες αξιοπιστίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 16 Institute of Medicine, Committee on the Relationship Between Oral Contraceptives and Breast Cancer. Oral contraceptives and breast cancer. Washington: National Academy Press; 1991.
- 17 Annegers JF. Patterns of oral contraceptive use in the United States. Br J Rheumatol 28 [Suppl 1]:48-50, 1989.
- 18 ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. Hum Reprod Up, 11: 513-525, 2005.
- 19 Tzingounis V, Cardamakis E, Ginopoulos P, Argiropoulos G. Incidence of benign and malignant breast disorders in women taking hormones (contraceptive pill or hormonal replacement therapy). Anticancer Res 6: 3997-4000, 1996.
- 20 Rohan TE and Miller AB. A cohort study of oral contra-ceptive use and risk of benign breast disease. Int J Cancer 82:191-196, 1999.
- 21 Burkman R, Schlesselman JJ and Ziemann M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. Am J Obstet Gynecol 190: S5-S22, 2004.
- 22 World Health Organization. Improving Access to Quality Care in Family Planning -Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva,Switzerland: World Health Organization; 1996.
- 23 Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. J Nat Cancer Inst 94: 606-616, 2002.
- 24 Collaborative Group on Hormonal Factors in BreastCancer. Breast cancer and hormonal contraceptives:collaborative reanalysis of individual data on 53,297women with breast cancer and 100,239 womenwithout breast cancer-from 54 epidemiological studies.Lancet 47:1713-1727, 1996.
- 25 Russo J, Gusterson BA, Rogers AE, Russo IH, Wellings SR, van Zwieten MJ. Biology of disease: comparison study of human and rat mammary tumorigenesis. Lab Invest 62: 244-278, 1990.
- 26 Wingo PA, Lee NC, Orv HW, Beral V, Peterson HB, Rhodes P. Age-specific differences in the relationship between oral contraceptive use and breast cancer. Obstet Gynecol 78:161-170, 1991.
- 27 White E, Malone KE, Weiss NS. Breast cancer among young U.S. women in relation to oral contraceptive use. J Natl Cancer Inst 86: 505-514, 1994.
- 28 Marsden J., A'Hern R. Progestogens and breast cancer risk: the role of hormonal contraceptives and hormone replacement therapy. J Fam Plan Reprod Health Care 29: 185-187, 2003.
- 29 Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ, et al. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. Br J Cancer 88: 5057, 2003.
- 30 Dumeaux V, Alsaker E, Lund E. Breast cancer and specific types of oral contraceptives: a large Norwegian cohort study. Int J Cancer 105: 844-850, 2003.
- 31 Franke HR, Vermes I. Differential effects of progestogens on breast cancer cell lines. Maturitas 46S1: S55-S58, 2003.
- 32 Franke HR, Kole S, Ciftci Z, Haanen C, Vermes I. In vitro effects of estradiol, dydrogesterone, tamoxifen and cyclophosphamide on proliferation vs. death in human breast cancer cells. Cancer Lett 190:113-118, 2003.
- 33 Silvera SAN, Miller AB & Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. Cancer Causes Control 16:1059-1063, 2005.
- 34 Narod SA, Dube MP, Klijn J, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 94: 1773-1779, 2002.

- 1 Milne RL, Knight JA, John EM, et al. Registry fBCF. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and non-carriers of BRCA1 and BR-CA2 mutations. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.14: 350-356. 2005.
- 2 Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaunn SS, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. JAMA 279: 535-540, 1998.
- 3 Dumeaux V, Lund E, Hjartaker A. Use of Oral Contraceptives, Alcohol, and Risk for Invasive Breast Cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 13:13021307, 2004.
- 4 Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, et al. for the WHI Investigators. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women. The Women's Health Initiative Randomised Trial. JAMA 289: 3243-3253, 2003.
- 5 Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 362: 419-427, 2003.
- 6 Norman SA, Berlin JA, Weber AL et al. Combined effect of oral contraceptive use and hormone replacement therapy on breast cancer risk in post-menopausal women. Cancer Causes Control 14: 933-943, 2003.
- 7 Dumeaux V, Fournier A, Lund E & Clavel-Chapelon F. Previous oral contraceptive use and breast cancer risk according to hormone replacement therapy use among postmenopausal women. Cancer Causes Control 16: 537-544, 2005.
- 8 Stanford JL, Thomas DB. Exogenous progestin and breast cancer. Epidemiol Rev 15: 98-107, 1993.
- 9 Skegg DC, Paul C, Spears GF, Williams SM. Progestogen-only oral contraceptives and risk of breast cancer in New Zealand. Cancer Causes Control 7: 513519, 1996.
- 10 Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ, et al. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. Br J Cancer 88: 5057, 2003.
- 11 Dumeaux V, Alsaker E, Lund E. Breast cancer and specific types of oral contraceptives: a large Norwegian cohort study. Int J Cancer 105: 844-850, 2003.
- 12 Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, Persson I, Adami HO, Lund E. Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 11: 1375-1381, 2002.
- 13 Strom BL, Berlin JA, Weber AL, Norman SA, et al. Absence of an effect of injectable and implantable progestin-only contraceptives on subsequent risk of breast cancer. Contraception 69: 353-360, 2004.
- 14 WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Breast cancer and depot-medroxypro-gesterone acetate: a multinational study. Lancet 338: 833-838, 1991.
- 15 Deligeorgiou E, Michailidis E, Creatsas G. Oral Contraceptives and Reproductive System Cancer Ann.N.Y.Acad.Sci 997:199-208, 2003.

Δραστηριότητες

2 Μαρτίου 2014

Η Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας (ΕΕΜ) ε. Καθηγήτρια, Γυναικολόγος-Χειρουργός-Ειδικός Μαστολόγος κ. Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα, το Σάββατο 29 Μαρτίου ε.έ, συντόνισε την Ημερίδα για την Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού, που είχε διοργανώσει η Ελληνική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής με την συνεργασία της Κλινικής Γένεσις Αθηνών Α.Ε. , στον ειδικά διασκευασμένο Συνεδριακό της χώρο, και πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία του Δήμου Χαλανδρίου.

Στην Ημερίδα συμμετείχαν ιατροί της Κλινικής, την παρακολούθησε ο Αντιπρόεδρος της ΕΕΜ κ. Βασίλειος Γεωργούντζος με την Γεν. Γραμματέα της Εταιρείας κ. Αικατερίνη Αλεξοπούλου και πλήθος κόσμου, που συμμετείχε στο τέλος της εκδήλωσης, ενεργά στην συζήτηση.

Την εκδήλωση τίμησε με την παρουσία του ο Δήμαρχος Χαλανδρίου κ. Γεώργιος Κουράσης, και οι Αντιδήμαρχοι κ.κ. Περσεφόνη Μπασιάκου και Μάνος Κρανίδης.



Δελτίο Τύπου

17 Φεβρουαρίου 2014

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΠΟΛΥΤΗ ΟΜΟΦΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟ ΤΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΣΤΕΡΕΩΜΑ LASZLO TABAR

Έκκληση προς όλες τις Ελληνίδες, άνω των 40χρονων, να συνεχίσουν να υποβάλλονται σε ετήσια μαστογραφία, για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, απευθύνει η πρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας (Ε.Ε.Μ.).

Αφορμή για την έκκληση της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας, είναι ο σάλος που ξέσπασε την περασμένη εβδομάδα με τη δημοσίευση Καναδικής μελέτης, η οποία βγάζει άχρηστη και περιττή τη μαστογραφία, ως κλινική εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού..

«Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία και συγκεκριμένα του πολύ γνωστού σε όλους τους ακτινολόγους και πρωτοπόρος στο θέμα Laszlo Tabar, «στην εν λόγω μελέτη χρησιμοποιήθηκαν μαστογράφοι παλαιάς τεχνολογίας με μειωμένη στάθμη αξιοπιστίας» τονίζει η πρόεδρος της Ε.Ε.Μ. Δρ Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα, Εθνικός εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ε.Ε., για τον καρκίνο και τα Κέντρα Μαστού ε. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής του Παν/μιου Αθηνών, Γυναικολόγος - Χειρουργός - Ειδικός Μαστολόγος.

«Επίσης, συνεχίζει η κ. Μουζάκα, η Καναδική μελέτη δεν είχε πληθυσμιακό χαρακτήρα, αλλά βασίστηκε στη συμμετοχή ευαισθητοποιημένων εθελοντών, που αντιπροσώπευε το 26-27% του πληθυσμού που κλήθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη».

Επιπλέον σύμφωνα με τα νεότερα στοιχεία η μελέτη αυτή αποκλείστηκε από την Μετά- ανάλυση που θα ερευνούσε την επίδραση της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού με τη μαστογραφία στη θνησιμότητα των γυναικών, από το Διεθνές Πρακτορείο της Έρευνας για τον καρκίνο (IARC) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) παρά το γεγονός ότι ο βασικός ερευνητής της μελέτης (Antony Miller) προήδρευε τότε της Συνεδρίας.

Ταυτόχρονα οι Έλληνες ιατροί προσθέτουν πως μια μεμονωμένη εργασία δεν μπορεί να αμφισβητήσει τα αποτελέσματα πολλών άλλων ερευνών, για τη θετική συμβολή της μαστογραφίας στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τη συμβολή της στη μείωση της θνησιμότητας κατά 30-60% - στις γυναίκες στις οποίες έγκαιρα διαγνώστηκε ο καρκίνος του μαστού.

«Για τον λόγο αυτό, οι Ελληνίδες άνω των 40χρόνων θα πρέπει να αγνοήσουν τα σχετικά δημοσιεύματα και να συνεχίσουν να υποβάλλονται σε ετήσια μαστογραφία, η οποία σε συνδυασμό με εξέταση από Μαστολόγο και υπερηχογράφημα μαστών είναι οι βασικές εξετάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού» τονίζει από την πλευρά του ο αντιπρόεδρος της Ε.Ε.Μ. Δρ Βασίλειος Γεωργούντζος, Ακτινοδιαγνωστής, Συντονιστής Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, του Γενικού Νοσοκομείου Γεννηματάς.

Καταλήγοντας ο κ Γεωργούντζος, διευκρινίζει πως οι γυναίκες θα πρέπει να δίνουν σημασία στην ποιότητα της μαστογραφίας στην οποία υποβάλλονται, διότι η ποιότητα είναι αυτή που κάνει τη διαφορά.