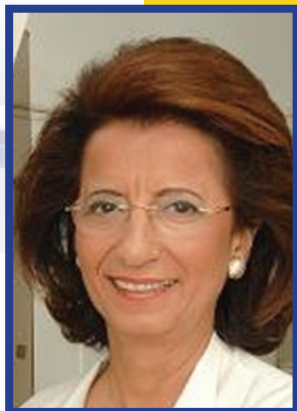


ΨΓΕΙΑ ΥΙΟ ΤΗΝ ΨΓΕΙΑ

Κυριακή 8 Οκτωβρίου 2017





Δρ Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

ε. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην ECIBC
(European Commission Initiative on Breast Cancer) για τη
σύνταξη των κατευθυντηρίων οδηγιών στη διάγνωση
και τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού
Εκπρόσωπος του ΠΙΣ στη UEMS για τη χειρουργική
εκπαίδευση στον καρκίνο του μαστού
Δ/ντης Σπουδών Ε.Π.Ε. Σχολής Μαστολογίας
Κηφισίας 18, Αμπελόκηποι
Τηλ: 21077 71 246 Fax: 210 77 16 834
E-mail: lydiamouzaka@yahoo.gr

Πρόλογος



© Marrero Illustration INC.

Αγαπητοί Αναγνώστες και Αναγνώστριες της Εφημερίδας Ελεύθερη Ώρα.

Να σας καθημερίσω σήμερα Κυριακή πρωί, η πρώτη Κυριακή του μηνός Οκτωβρίου, να σας ευχηθώ καλό μήνα και καλό χειμώνα.

Με το καθημέρα δεν θα παραλείψω να σας υπενθυμίσω ότι ο Οκτώβριος έχει καθιερωθεί παγκοσμίως ως ο μήνας για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού και να σας υπενθυμίσω ότι η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και η κατάλληλη εξατομικευμένη θεραπεία σώζουν ζωές. Αυτό παρακαλώ μην το ξεχνάτε.

Το ένθετο υγείας με τίτλο «Υγεία για την Υγεία» πιστέψτε με κάνει θραύση.

Απεδείχθη η πρωτοβουλία του κ. Παναγιώ-

τη Αποστόλου, αρθρογράφου της Ημερήσιας Εφημερίδας «Ελεύθερη Ώρα» και η συναίνεση της Εφημερίδας για την έκδοση του Ενθέτου πραγματικά επιτυχής.

Το ένθετο ασχολείται και παρουσιάζει για την ενημέρωση του αναγνωστικού κοινού κάθε φορά και ένα διαφορετικό θέμα υγείας. Το ένθετο τον μήνα αυτόν - τον Οκτώβριο -, θα ασχοληθεί με τον Καρκίνο του Μαστού, σε γυναίκες και άνδρες, αφού όπως είπαμε είναι ο μήνας για την καταπολέμηση του.

Όπως σε κάθε τεύχος, έτσι και στο παρόν 6ο τεύχος του ενθέτου «Υγεία για την Υγεία», κληθήκαν να προσφέρουν στο αναγνωστικό κοινό την πολύτιμη γνώση και εμπειρία τους με εκλαϊκευμένο τρόπο, εκλεκτοί, διακεκριμένοι και έμπειροι στο θέμα Συνάδελφοί μου. Στο

σημείο αυτό θα ήθελα να πω πολλά ευχαριστώ για τα κοιτακτικά λόγια με τα οποία μας περιβάλετε.

Ο καρκίνος του μαστού διαπιστώνεται στο 10-15% των γυναικών που επισκέπτονται ένα Κέντρο Μαστού.

Το παρόν ένθετο περιλαμβάνει "Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού", "Καρκίνος του μαστού και η ανάγκη της έγκαιρης διάγνωσης: Το παράδειγμα της Κρήτης για την ανάλυση και αξιόπιστη λήψη απόφασης στην περίοδο της λιτότητας", "Καρκίνος μαστού στον άνδρα. Μύθος ή Πραγματικότητα;", "Επιλογή της Χειρουργικής Επέμβασης στον καρκίνο του μαστού" "Πρόσδοος στη φαρμακευτική θεραπεία του καρκίνου του μαστού", "Διαπίστωση έκπληξη: ασθενείς με καρκίνο του μαστού

βρίσκουν την ακτινοθεραπεία καλύτερη από το αναμενόμενο"

Πιστεύουμε ότι στο ένθετο θα βρείτε ποικίλες και χρήσιμες πληροφορίες για ένα ενδιαφέρον και δύσκολο θέμα όπως είναι «Ο καρκίνος του μαστού».

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να σας προτρέψω τον μήνα που διανύουμε, να ενθαρρύνετε γυναίκες του κύκλου σας, του περιβάλλοντος σας, δηλ. άτομα από την οικογένειά σας, από τον χώρο εργασίας σας, από τον τόπο διαμονής σας να υποβληθούν σε έναν έλεγχο των μαστών τους. Αν με την παρέμβαση σας καταφέρετε να σώσετε έστω και μία γυναίκα θα αισθανθείτε μεγάλη ικανοποίηση.

Καλή Ανάγνωση και καλή προσπάθεια.



Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Άγγελική Δ. Αθανασίου

Χειρουργός Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Μαστολόγος,

Γεν.Γραμμ.Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας.

Πρωτεύς 64, Π.Φάληρο, τηλ. 2177214141,

κιν. 6985123565, fax 2109814100,

email: louelath@yahoo.gr

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει περίπου 1 στις 8 γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες κι έχει πενταετή επιβίωση που αγγίζει το 70%. Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, καθώς αυτή έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη κακοήθεια. Ακολουθώντας το τρίπτυχο "Ζήστε φυσιολογικά- Γεννήστε μέχρι τα 25- Κάντε σωστό προληπτικό έλεγχο", είναι εύκολο να καταλάβουμε, γιατί η γιαγιά μας έζησε μέχρι τα 90 και γιατί στις μέρες μας η κακοήθεια του μαστού αυξήθηκε σχεδόν 100% τα τελευταία 40 χρόνια.

Ο M.S. Donaldson το 2004 σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση που έκανε, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, εφαρμόζοντας την λεγόμενη «αντικαρκινική διαίτα», παρατηρήθηκαν αναφορές σε μειώσεις των περιστατικών καρκίνου του μαστού έως 60%. Η παχυσαρκία παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της νόσου, καθώς ενδεικτικά αναφέρεται ότι, σε γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών και με δείκτη μάζας σώματος στην 80η εκατοστιαία θέση, ο σχετικός κίνδυνος βρέθηκε να είναι 1,2. Αντίστοιχα, η έναρξη του καπνίσματος σε μικρή ηλικία συνδέεται με αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου μαστού κατά 20%, ενώ παράλληλα γυναίκες που πίνουν 2-5 ποτά την ημέρα έχουν 20%-40% αύξηση του συγκεκριμένου κινδύνου. Αντίθετα, η αύξηση της συνήθους φυσικής δραστηριότητας, μπορεί να συμβάλλει ευεργετικά καθώς μειώνει τον κίνδυνο κατά 20%. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι καθημερινή μέτρια άσκηση για 30' μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα σε γυναίκες με διεγνωσμένο καρκίνο.

Η χρήση συνδυασμένων από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων, αυξάνει τις πιθανότητες για καρκίνο μαστού, σε μακροχρόνια λήψη. Παράλληλα, πολλές μελέτες αποδεικνύουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, από λήψη θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης, για χρονικό διάστημα πάνω από 5 χρόνια.

Πολλές είναι κι οι αντιπαραθέσεις κι οι διαφονίες στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με το κεφάλαιο «εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)». Το 2010 στη Σουηδία μελετήθηκαν 24.058 γυναίκες, που είχαν υποβληθεί σε IVF, γέννησαν μεταξύ 1982-2006 και την εμφάνιση καρκίνου σε αυτές. Το συμπέρασμα ήταν ότι η IVF στις περισσότερες περιπτώσεις με την χρήση ορμονών έχουν ένα σημαντικό χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας του μαστού. Αν κι εφόσον, λοιπόν χρειαστεί, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι αποδεκτή κι ασφαλής όταν δεν γίνεται υπέρβαση των 3 κύκλων προσπάθειας, όπως άλλωστε πλέον ορίζεται και από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.



Ο καρκίνος μαστού επηρεάζεται από την ηλικία τεκνοποίησης, την πολυτεκνία και τον θηλασμό. Μία γυναίκα που οθολοκλήρωνει την πρώτη της εγκυμοσύνη πριν τα 25 έτη, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας σε σχέση με τις άτοκες ή εκείνες που οθολοκλήρωνουν πρώτη κύηση μετά τα 30. Το όφελός για κάθε πρόσθετο τοκετό είναι 14%, ακόμα και σε γυναίκες με θετικά BRCA1,2 γονίδια. Παράλληλα, ο αποκλειστικός θηλασμός, για τουλάχιστον 6 μήνες, φαίνεται να προστατεύει τη γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ο καρκίνος του μαστού είναι κατά κανόνα μία επίκτητη και συχνή κακοήθεια του γυναικείου φύλου. Περίπου 11%-19% των γυναικών με διεγνωσμένο καρκίνο μαστού, έχουν ένα σημαντικό οικογενειακό ιστορικό, το οποίο αντικατοπτρίζει τη κληρονομικότητα της γενετικής μετάλλαξης, τους άγνωστους κληρονομούμενους γενετικά παράγοντες κινδύνου ή την παρουσία περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο μέσος όρος δια βίου κίνδυνος ανάπτυξης κακοήθειας στη νέα γυναίκα, φαίνεται να υπο-

λογίζεται σε 1 στις 13 γυναίκες. Αυτό όμως μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία και το ιστορικό της κάθε γυναίκας.

Από τις αρχές του 1990 μέχρι σήμερα, υπάρχει μια σταθερή μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού, ευνοώντας δυσανάλογα τις λευκές γυναίκες, καθώς παρατηρείται 30% μεγαλύτερη θνησιμότητα στις Αфро-Αμερικανές σε σχέση με τις λευκές. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός, ότι υπάρχει πρώιμη ανίχνευση μέσω της μαστογραφίας ή συμπληρωματικής θεραπείας σε πρώιμα στάδια της νόσου. Στην Ελλάδα έχουμε την χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού μέσα στην Ευρώπη. Το ποσοστό εμφάνισης της νόσου το 2008 για την Ελλάδα ήταν 61,9 νέα περιστατικά και 22,3 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους σε αντίθεση με το Βέλγιο όπου τα ποσοστά ήταν 145,8 και 30,7 αντίστοιχως. Εδώ βλέπουμε ότι έχουμε περίπου κοντά στις μισές περιπτώσεις εμφάνισης του καρκίνου μαστού στην Ευρώπη, αλλά προκαλεί εντύπωση ότι έχουμε όμοια ποσοστά θνησιμότητας. Μία ερμηνεία

που μπορεί να δοθεί είναι ότι είμαστε σημαντικά πίσω στην πρόληψη, κάτι που πρέπει απαραίτητα να λάβουμε υπόψη μας για να μη βρεθούμε κι εδώ οι ουραγοί της Ευρώπης. Από πλευράς πρόληψης και δημόσιας υγείας, παρόλο που ο ρόλος ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων θεωρείται τεκμηριωμένος στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, αυτή η γνώση, δυστυχώς δεν μεταφράζεται άμεσα σε στη δυνατότητα λήψης αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη της νόσου. Ο πρόληπτικός μαστογραφικός έλεγχος, η αποφυγή παχυσαρκίας-καπνίσματος-αλκοολ-ορμονών και η φυσική άσκηση είναι τα ενδεικνυόμενα μέτρα. Τέλος, αλλιά ιδιαίτερης σημασίας, τόσο στην εμφάνιση του καρκίνου όσο και στην εξελικτική πορεία της νόσου, είναι η παρατεταμένη ψυχική ένταση που οι περισσότεροι βιώνουμε καθημερινά, λόγω των κοινωνικοοικονομικών δομών της εποχής μας και που σύντομα θα έχουμε και επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες, δια του λόγου το αληθές.



Λιονής Χρήστος.

MD, PhD, FRCP (Hon), καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής,
Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2810 394621, 6973305933, email: lianis.uoc.gr και fax 2810 394606



Σηφάκη-Πιστόληα Δήμητρα,

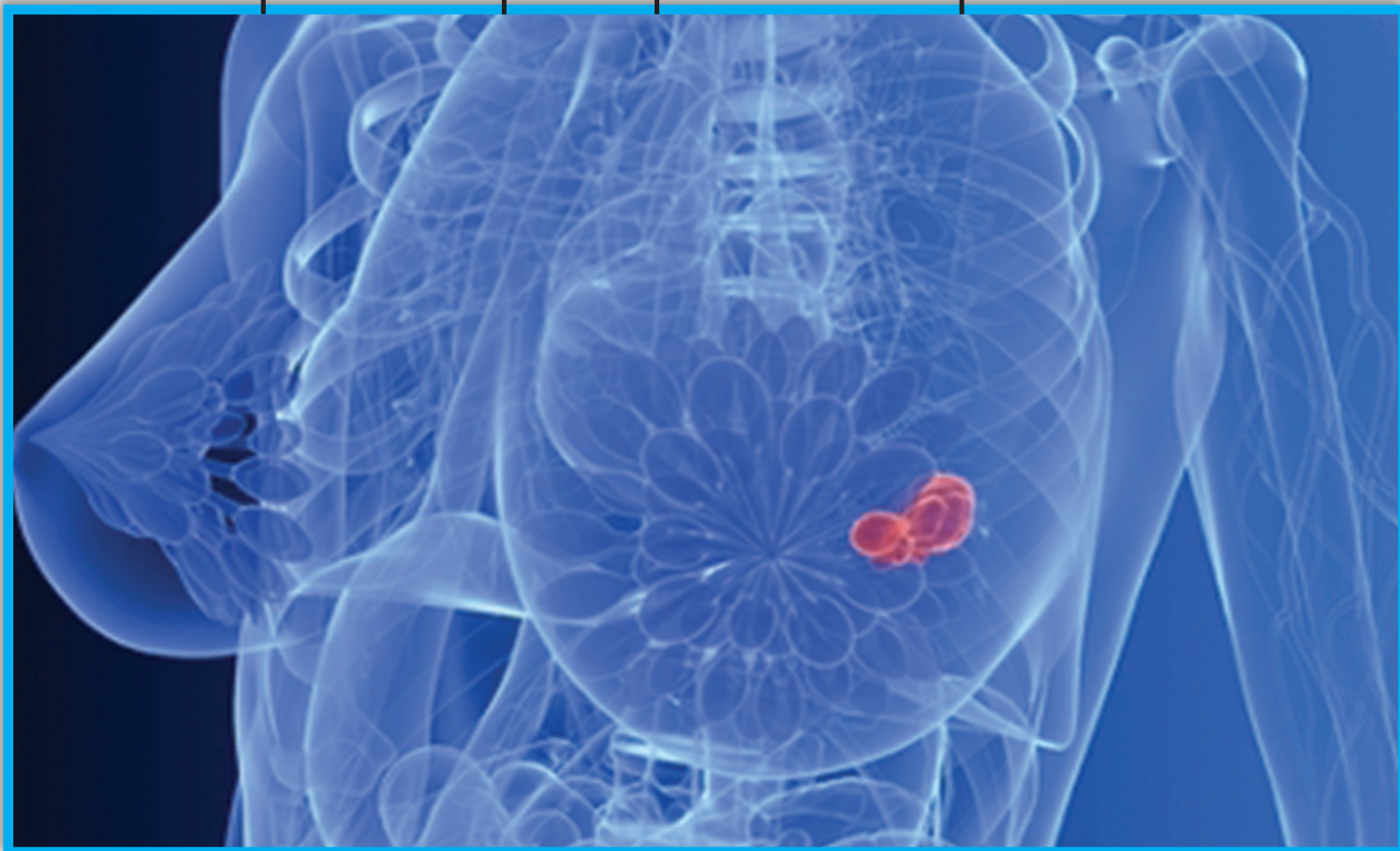
Επίδοκμαρχος, MPH, PhD, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής,
Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
τηλ. 2810 394613 6978 156252
Fax: 2810 394614
E-mail: spdimi11@gmail.com

Ο Καρκίνος του μαστού

και η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης:

Το παράδειγμα της Κρήτης για την ανάληψη

και αξιόπιστη λήψη απόφασης στην περίοδο της λιτότητας



Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Έχει δε, χαρακτηριστεί ως η «ασθένεια του ανεπτυγμένου κόσμου», λόγω των σημαντικών γεωγραφικών ανισοτήτων στην κατανομή των δεικτών, παγκοσμίως. Ο καρκίνος του μαστού (ΚΜ) αποτελεί ένα από τους πιο πολυσυζητημένους τύπους κακοήθων νεοπλασιών, μιας και κατέχει την πρώτη θέση στη κλίμακα νοσηρότητας και τη δεύτερη στην θνησιμότητα από καρκίνο για τις γυναίκες. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, υπολογίζεται ότι διαγιγνώσκονται περισσότερες από 350.000 νέες περιπτώσεις/έτος. Τα τελευταία χρόνια είχε παρατηρηθεί μείωση ή σταθεροποίηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από ΚΜ στις περισσότερες χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης αλλά και στην περιοχή της βορείου Αμερικής. Το επίτευγμα αυτό ήρθε ως αποτέλεσμα των επιτυχών δράσεων ενημέρωσης και παρέμβασης με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Παράλληλα, έχει αποδοθεί κυρίως στη δημιουργία και αξιοποίηση των ολοκληρωμένων συστημάτων καταγραφής και επιτήρησης του καρκίνου, τα οποία έχουν υιοθετήσει η χώρας αυτές. Ουσιαστικά πρόκειται για μεγάλες βάσεις δεδομένων (big-data), δια μέσω των εθνικών και περιφερειακών κέντρων καταγραφής καρκίνου, τα οποία προσέφεραν συστηματική πληροφορία και μεθόδους ανάληψης αλλά και ερμηνείας των δεδομένων, με στόχο την αξιόπιστη λήψη αποφάσεων για το σχεδιασμό ενός αποτελεσματικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου.

Η διεθνής εμπειρία υπογραμμίζει τον ουσιαστικό ρόλο των δεδομένων αυτών, ιδιαίτερα σε περιόδους κοινωνικών αλλαγών και οικονομικής λιτότητας που οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας καρκίνων, όπως ο ΚΜ, τείνουν να αυξάνουν. Η Ελλάδα αναμένεται να αποτελέσει ένα τέτοιο παράδειγμα, ιδιαίτερα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2008-2009. Παρά τις αξιόλογες προσπάθειες για την εφαρμογή ενός εθνικού σχεδίου ελέγχου του ΚΜ, η έλλειψη ολοκληρωμένων εθνικών δεδομένων, καθώς και τα πρώτα διαχρονικά δεδομένα σε περιφερειακό επίπεδο στην Κρήτη, αναδεικνύουν την ανάγκη για τη λήψη αξιόπιστων αποφάσεων κατά την περίοδο της λιτότητας.

Πιο συγκεκριμένα, τα πρώτα δεδομένα του Κέντρου Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης (ΚΚΚ, www.crc.uoc.gr), ενός αρχείου που λειτουργεί από το 1992 μέχρι σήμερα ως κοινή δράση της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και της Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, επιβεβαιώνουν τις εμπειρικές μας παρατηρήσεις και τις ενδείξεις της βιβλιογραφίας. Αναδεικνύουν τη διαχρο-

νική αύξηση των δεικτών του ΚΜ τόσο στη νοσηρότητα (1992: 48,5 νέες περιπτώσεις ΚΜ/100.000 πληθυσμό, 2013: 66,7 νέες περιπτώσεις ΚΜ/100.000 πληθυσμό) όσο και στη θνησιμότητα (1992: 13,5 θάνατοι ΚΜ/100.000 πληθυσμό, 2013: 26,3 θάνατοι ΚΜ/100.000 πληθυσμό). Για την περίοδο 1992-2013 ο ΚΜ καταλαμβάνει σταθερά την πρώτη θέση στην ταξινόμηση των καρκίνων για τις γυναίκες, με 56,8 νέες περιπτώσεις/100.000/έτος και 19,9 θανάτους/100.000/έτος. Η επίπτωση αρχίζει να αυξάνεται σημαντικά από την ηλικία των 45 ετών, καθώς και στις ηλικιακές ομάδες 65-69 και 80-84. Τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (2009-2013), παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση της θνησιμότητας από ΚΜ σε αρκετές αγροτικές περιοχές του νησιού.

Η πενταετής επιβίωση των ασθενών με διάγνωση ΚΜ στην Κρήτη ήταν 87,9% ενώ δέκα χρόνια μετά μειώθηκε στο 78,1%. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου που εντοπίστηκαν στον Κρητικό πληθυσμό, αφορούσαν στην ύπαρξη ατομικού ιστορικού άλλου καρκίνου, οικογενειακού ιστορικού (ιδιαίτερα σε μέλος α/βαθμού συγγένειας) με ΚΜ ή άλλου καρκίνου και στο κάπνισμα. Τέλος, εντοπίστηκαν σημαντικές γεωγραφικές διαφορές σύμφωνα με τον τόπο κατοικίας των ασθενών. Η πιθανότητα για θάνατο από ΚΜ ανά δέκα διακυμάνθηκε από 1,5 έως 3,1 ($p < 0,05$) φορές, ενώ

εντοπίστηκαν διακυμάνσεις και στο ρυθμό της διαχρονικής μεταβολής των δεικτών αυτών σύμφωνα με τον τόπο διαμονής. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες, όπως η κλινική εικόνα του ασθενούς (π.χ. στάδιο νόσου, φαρμακευτική ή/και επεμβατική προσέγγιση, δείκτης μάζας σώματος κ.α.), ο τρόπος ζωής και οι συμπεριφοριστικοί παράγοντες (π.χ. κάπνισμα, διατροφή κ.α.), οι περιβαλλοντικές εκθέσεις (π.χ. έκθεση σε καρκινογόνους ρύπους, ενδο-οικιακή ή/και εξω-οικιακή ρύπανση, παθητικό κάπνισμα, αναπαραγωγική ζωή κ.α.).

Το παράδειγμα της Κρήτης ανέδειξε τα πρώτα πληθυσμιακά δεδομένα για τον ΚΜ στη χώρα μας. Η αυξητική πορεία της νοσηρότητας αλλά και της θνησιμότητας από ΚΜ αποτελεί μια πραγματικότητα για την Κρήτη, παρόλο που ακόμα και σήμερα βρίσκεται σε ελαφρώς χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο Ευρωπαϊκό όρο (94,2 νέες περιπτώσεις ΚΜ/100.000 πληθυσμό/έτος και 23,1 θάνατοι από ΚΜ/100.000/έτος). Επιπρόσθετα, τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω μελέτης πριν από κάθε συζήτηση για τους αιτιολογικούς παράγοντες του ΚΜ στην Κρήτη. Απαιτείται μια ουσιαστική συζήτηση για τη διερεύνηση των ατομικών και τοπικών ιδιαιτεροτήτων, την ολοκληρωμένη ερμηνεία των δεδομένων και τη μετεγγραφή τους σε πρακτικές πρόληψης και ελέγχου του ΚΜ.

Από την πρώτη αυτή ανάγνωση των αποτελεσμάτων του ΚΜ στην Κρήτη, γίνεται εμφανής η ανάγκη εστίασης των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και του εθνικού σχεδίου ελέγχου του ΚΜ, στη γυναίκα, τις γεωγραφικές και πληθυσμιακές ιδιαιτερότητες. Απαραίτητο συστατικό για την επιτυχία μιας τέτοιας προσπάθειας, θεωρείται η δημιουργία ενός εθνικού αρχείου καταγραφής του καρκίνου. Αυτό μπορεί να υλοποιηθεί επιτυχώς μέσω της διασύνδεσης και ενεργοποίησης πολλών περιφερειακών αρχείων επιτήρησης της νόσου, ακλουθώντας το παράδειγμα των Η.Π.Α, της Αυστραλίας και πολλών άλλων χωρών της βόρειας Ευρώπης. Η δημιουργία και η διατήρηση τέτοιων μεγάλων βάσεων δεδομένων μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μελέτη του καρκίνου και στη μείωση του φορτίου τις επόμενες δεκαετίες.

Υποσημείωση: Όλοι οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας που αναφέρονται στο παρόν άρθρο έχουν σταθμιστεί κατά ηλικία, μέσω της άμεσης προτύπωσης και σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό του 2011. Τα δεδομένα είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα: www.crc.uoc.gr. Για κάθε αναπαραγωγή αυτών, πρέπει να γίνεται αναφορά στο Κέντρο Καταγραφής Καρκίνου Κρήτης.

Καρκίνος μαστού στον άνδρα Μύθος ή πραγματικότητα;



Δρ Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

ε. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην ECIBC
(European Commission Initiative on Breast Cancer) για τη
σύνταξη των κατευθυντηρίων οδηγιών στη διάγνωση
και τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού
Εκπρόσωπος του ΠΙΣ στη UEMS για τη χειρουργική
εκπαίδευση στον καρκίνο του μαστού
Δ/ντης Σπουδών Ε.Π.Ε. Σχολής Μαστολογίας
Κηφισίας 18, Αμπελόκηποι
Τηλ: 21077 71 246 Fax: 210 77 16 834
E-mail: lydiamouzaka@yahoo.gr

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι 100 φορές λιγότερο συχνός από ότι στη γυναίκα. Για τους άνδρες, ο διά βίου κίνδυνος του καρκίνου του μαστού είναι περίπου 1 στους 1.000. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες, σε σχέση με τον πληθυσμό είναι αρκετά σταθερός τα τελευταία 30 χρόνια.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία το 2017, υπολογίζεται ότι 2.470 άνδρες θα αναπτύξουν καρκίνο στον μαστό και τον ίδιο χρόνο 460 άνδρες θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού.

Ενώ τα αντίστοιχα υπολογιζόμενα στοιχεία για τις γυναίκες για το έτος 2017 είναι 1.688.780 νέες περιπτώσεις και 600.920 θάνατοι.

Παρ όλο που ο καρκίνος του μαστού θεωρείται γυναικεία πάθηση αυτό δεν εμποδίζει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα. Επί πλέον ο καρκίνος του μαστού του άνδρα έχει χειρότερη έκβαση για τους εξής απλούστατους λόγους:

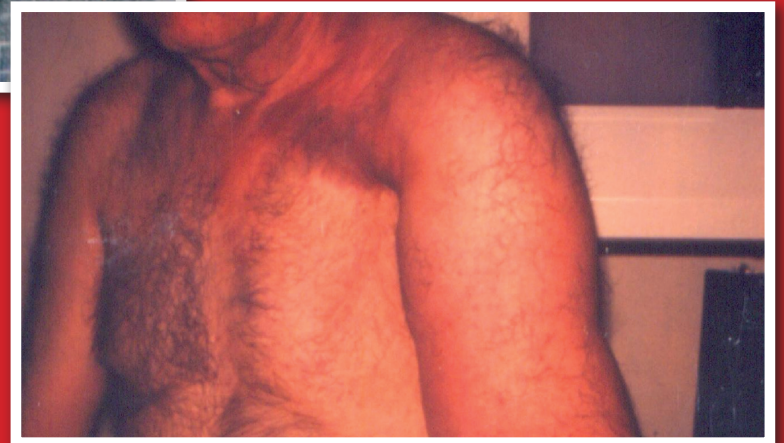
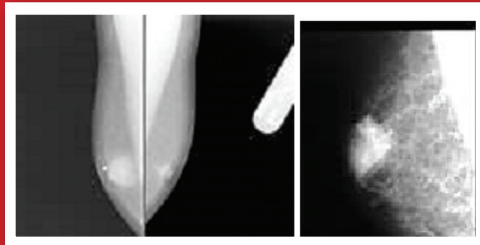
- ο άνδρας δεν πάει στο γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία στον μαστό του,
- δυστυχώς αργεί να διαγνωστεί διότι ασθενείς και γιατροί δεν τον σκέφτονται εύκολα,
- λόγω καθυστερημένης διάγνωσης και λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού, έχουμε πιο συχνή διήθηση του δέρματος ή του μυός που βρίσκεται πίσω από τον μαστό (μείζον θωρακικός), με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση των μεταστάσεων.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Αν και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες ενός ανθρώπου να αναπτύξει καρκίνο στον μαστό, η αιτία καρκίνου του μαστού στον άνδρα δεν έχει ακόμα πλήρως κατανοηθεί.

Υπάρχουν όμως άνδρες που έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα να αναπτύξουν καρκίνο στον μαστό. Και ως τέτοιοι παράγοντες αναφέρονται:

- Η ηλικία πιο συχνός στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.
- Η εθνικότητα μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της μαύρης φυλής και ακόμα μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής.
- Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του γονιδίου BRCA 1 & 2, δωδεκαπλησιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού στον άνδρα. Τα γονίδια αυτά κληρονομούνται στους απογόνους και από το αρσενικό μέλος της οικογένειας. Έτσι η ανάπτυξη του είναι συχνότερη σε άνδρες που έχουν:
 - αρκετά άτομα του στενού συγγενικού τους περιβάλλοντος (άνδρες ή γυναίκες)



με καρκίνο του μαστού.

- στενή συγγενή με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού
- συγγενή με ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 40 χρόνων.
- αρκετά μέλη της οικογένειας με καρκίνο ωοθηκών ή παχέως εντέρου.

- Η υψηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, όμως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε αποφοίτους Πανεπιστημιακών Σχολών.
- Άνδρες με αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία, είτε από κάποια συνδο πάθηση ή από εξωγενή φαρμακευτική δράση.
- Άνδρες που εμφανίζουν το σπάνιο σύνδρομο Klinefelter, βουβωνοκήλη, κρυπορχία ή έχουν μειωμένη στάθμη τεστοστερόνης, η οποία επιτρέπει την αύξηση του μαζικού αδένος, εμφανίζουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- Άνδρες που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε ακτινοβολία κατά τη νεαρή τους ηλικία.

Κλινική εικόνα – Συμπτώματα

Οι άνδρες δυστυχώς στην πλειοψηφία τους δεν υποψιάζονται τον καρκίνο στον μαστό τους, παρά σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Αυτό είναι ίσως λίγο ειρωνικό, διότι λόγω της

κατασκευής του ανδρικού μαστού, η ψηλάφηση του είναι πολύ πιο εύκολη από αυτή του γυναικείου μαστού. Οι άνδρες όμως επαναπαύονται όταν διαπιστώσουν κάτι ψηλαφητό στον μαστό τους. Διότι έχοντας την εμπειρία της παροδικής εφηβικής γυναικομαστίας και της ανάπτυξης ψηλαφητού μορφώματος σ' αυτήν την ηλικία, εκλαμβάνουν και την περίπτωση του ογκιδίου που εμφανίζεται σε προχωρημένη ηλικία, ότι θα μπορούσε να αντιστοιχεί σε καλοήγη πάθηση.

Το πλέον συχνό σύμπτωμα είναι το ανώδυνο ψηλαφητό ογκίδιο στον ανδρικό μαστό που ανακαλύπτεται από τον ίδιο τον ασθενή και συνήθως εντοπίζεται έκκεντρα κοντά στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω όπου υπάρχει και η μεγαλύτερη συγκέντρωση μαζικού ιστού. Ακόμη όμως και άλλα συμπτώματα, όπως η αλλαγή μεγέθους ή ακόμη και σχήματος του ενός μαστού, εξέλκωση (πληγή) στο δέρμα του μαστού, έκκριμα από τη θηλή του μαστού, εισοδική της θηλής, εξάνθημα ή τέλος ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μπορεί να αποτελούν την κλινική εκδήλωση ενός καρκίνου του μαστού.

Διαγνωστική προσέγγιση

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά με την κλινική εξέταση όπου γίνεται λεπτομερής καταγραφή του ατομικού και κληρονομικού ιστορικού και των συμπτωμάτων, που αναφέρει

ο ασθενής ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση των μαστών και τα ευρήματα καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενούς. Η κλινική εξέταση θα πρέπει να συμπληρωθεί με άλλες εξετάσεις όπως μαστογραφία, υπέρηχοι, παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση ή παρακέντησης με χονδρή βελόνα και ιστολογική εξέταση. Εφόσον διαπιστωθεί καρκίνος του μαστού, τότε ο προεγχειρητικός έλεγχος συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία θώρακος και μεσοπνευμονίου και σπινθηρογράφημα οστών.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής βασίζεται στην σταδιοποίηση της νόσου με τον ίδιο τρόπο που γίνεται και στη γυναίκα.

Η πιο συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση στον άνδρα είναι η μαστεκτομή, αφού ο μαζικός αδένος στον άνδρα είναι λίγος και δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαίρεση μόνου του όγκου- και συνοδεύεται από την εξαίρεση του λεμφαδένα φρουρού στη μασχάλη ή από λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή) σε πιο προχωρημένες καταστάσεις..

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την ηλικία του ασθενούς και τους προγνωστικούς παράγοντες ακολουθεί χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Δρ Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα

ε. Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην ECIBC
(European Commission Initiative on Breast Cancer) για τη
σύνταξη των κατευθυντηρίων οδηγιών στη διάγνωση
και τον πληθυσμιακό έλεγχο του καρκίνου του μαστού
Εκπρόσωπος του ΠΙΣ στη UEMS για τη χειρουργική
εκπαίδευση στον καρκίνο του μαστού
Δ/ντης Σπουδών Ε.Π.Ε. Σχολής Μαστολογίας
Κηφισίας 18, Αμπελόκηποι
Τηλ: 21077 71 246 Fax: 210 77 16 834
E-mail: lydiamouzaka@yahoo.gr

Οι τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού συνοψίζονται στη: Χειρουργική αντιμετώπιση (Ριζική ή Συντηρητική), Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία.

Η Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού αφορά:

- στην Απλή Μαστεκτομή που αφορά στην αφαίρεση μόνον του μαστού και του φρουρού λεμφαδένα και
- στη Ριζική Χειρουργική που σχετίζεται με την αφαίρεση του μαστού και περιλαμβάνει την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση μαστού και λεμφαδένων μασχάλης) και στην Συντηρητική Χειρουργική αντιμετώπιση που αφορά τη διατήρηση του μαστού και περιλαμβάνει την -Τμηματοεκτομή (+/- εξαίρεση λεμφαδένα φρουρού ή λεμφαδενικό καθαρισμό) και την -Ογκεκτομή (+/- εξαίρεση λεμφαδένα φρουρού ή λεμφαδενικό καθαρισμό).

Ο σκοπός της παρούσας ενημέρωσης επικεντρώνεται στην επιλογή του τύπου της χειρουργικής επέμβασης αυτής καθ' εαυτής στις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Απλά, ενημερωτικά και μόνον, θα αναφερθεί για ήλιο τι συμβαίνει με το θέμα των λεμφαδένων της μασχάλης.

Σήμερα, ανεξάρτητα με το είδος της επέμβασης στον μαστό, γίνεται ευρύτατα προσπάθεια συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης και στους λεμφαδένες της μασχάλης με τον εντοπισμό πριν το χειρουργείο και την εξαίρεση του κατά τη διάρκεια της επέμβασης του λεγόμενου λεμφαδένα φρουρού. Εάν διαπιστωθεί πρόβλημα σ' αυτόν στην ταχεία βιοψία κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, δηλ. η ταχεία βιοψία δείξει την ύπαρξη κακοήθειας, τότε γίνεται κανονική εξαίρεση και των υπολοίπων λεμφαδένων της μασχάλης, δηλ. ο λεγόμενος λεμφαδενικός καθαρισμός. Αν η ταχεία βιοψία είναι αρνητική για κακοήθεια το θέμα σταματά εκεί και δεν αφαιρούνται άλλοι λεμφαδένες.

Η επιλογή του είδους της χειρουργικής επέμβασης στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι κάτι πολύ σημαντικό για την υγεία της ασθενούς και την μετέπειτα εξέλιξη της νόσου.

Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης στον καρκίνο του μαστού, δεν είναι "ONE SIZE" μέθοδος, δηλ. ενός τύπου χειρουργική επέμβαση για όλες τις περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού. Η επιλογή του είδους της χειρουργικής επέμβασης, θα πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη για την κάθε ασθενή σύμφωνα με τα δικά της και μόνον ευρήματα. Θα πρέπει να είναι Ογκολογικά αποδεκτή, δηλ. η επέμβαση δεν θα πρέπει να επιτρέπει την αύξηση του ποσοστού τοπικής υποτροπής της νόσου στον ίδιο μαστό.



Σκοπός της Επιστημονικής κοινότητας είναι η τοπική υποτροπή να είναι της τάξεως μέχρι του 1% στην 10ετία.

Υπάρχουν κάποιες καταστάσεις που επιτρέπουν ευκολότερα την επιλογή της συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης. Αυτές είναι:

- Γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας,
- Μικροί όγκοι, < 2 εκ. ή το πολύ < 3εκ. σε μεγαλύτερου μεγέθους μαστούς
- Κατάλληλη σχέση μεταξύ μεγέθους όγκου και μεγέθους μαστού,
- Μονοεστιακοί όγκοι ή διπλοεστιακοί όγκοι αλληλά στο ίδιο τεταρτημόριο του μαστού
- Η περίπτωση της ασθενούς να αντιμετωπίζεται από έμπειρο Μαστολόγο
- Η εντόπιση του όγκου (κάποιες θέσεις του μαστού προσφέρονται καλύτερα)
- Όγκοι με βαθμό κακοήθειας Grade I και II
- Η επιθυμία της ασθενούς & ο βαθμός συμμόρφωσης της στη θεραπευτική αγωγή

Η επιθυμία της ασθενούς είναι κάτι που πρέπει να γίνει σεβαστό από όλους. Θα πρέπει να εξηγείται στην ασθενή με κάθε λεπτομέρεια:

- * το τι έχει,
- * σε ποια επέμβαση της συστήνεται να υποβληθεί,
- * να συμμετέχει και η ίδια στη λήψη της απόφασης για την περίπτωση της,
- * να υπογράψει συγκατάθεση πριν το χειρουργείο και
- * να αποδέχεται ότι θα ακολουθήσει τις οδηγίες που θα της δοθούν

Από την άλλη και η ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τις υποχρεώσεις της (παρακολούθηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να αναφέρει στον θεράποντα ιατρό της οποιαδήποτε ανωμαλία διαπιστώσει).

Η παράληψη κάποιου από τα ανωτέρω εκ μέρους του θεράποντος ιατρού αποτελεί Ιατρική

αμέλεια.

Υπάρχουν όμως και οι απόλυτες αντενδείξεις για συντηρητική χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του μαστού. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν:

- * Όγκοι με πολυκεντρική ανάπτυξη,
- * Μεγάλοι όγκοι,
- * Τοπικά εκτεταμένος καρκίνος,
- * Φλεγμονώδης καρκίνος,
- * Διάχυτες συρρέουσες μικροαποστιτανώσεις,
- * Εγκυμοσύνη 1ου και 2ου τριμήνου,
- * Γονιδιακή επιβάρυνση με γονίδια BRCA1 & BRCA2 θετικά,
- * Ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος από την πλειυρά του μαστού με καρκίνο
- * Νόσοι του κολλαγόνου.

Υπάρχουν όμως και οι σχετικές αντενδείξεις για συντηρητική χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του μαστού, που χρειάζονται ακόμη μεγαλύτερη προσοχή. Εδώ συμπεριλαμβάνονται:

- * Νέες γυναίκες,
- * Λοβιακός διηθητικός καρκίνος μαστού,
- * Μη διηθητικός λοβιακός καρκίνος,
- * Βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό και
- * Νόσος Paget του μαστού.

Υπάρχουν και άλλες ειδικές καταστάσεις που θέλουν σκέψη, όπως:

- * Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα μαστού (DCIS) με διάχυτες μικροαποστιτανώσεις (2 συρμάτινοι οδηγοί & α/α παρασκευάσματος),
- * Διπλοεστιακοί όγκοι στο ίδιο τεταρτημόριο (εφόσον το ογκολογικό και κοσμητικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό).

Στην περίπτωση συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης είναι υποχρεωτικό να εκτιμηθούν τα χειρουργικά όρια εάν είναι ελεύθερα νόσου. Θετικά όρια θεωρούνται όταν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα επί των εγχειρητικών ορίων. Ενώ αρνητικά όρια, θεωρούνται όταν

για 1x1cm δεν ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα στην περιφέρεια του χειρουργικού παρασκευάσματος.

Προσοχή χρειάζεται το μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα μαστού (DCIS) το οποίο μπορεί να έχει διακεκομμένη εντόπιση, και τα όρια που θα βρούμε να μην αντιστοιχούν στην πραγματικότητα.

Για να αποφύγουμε την τοπική υποτροπή και γνωρίζοντας ότι ο αριθμός των καρκινικών κυττάρων βαίνει μειούμενος προς την περιφέρεια, στη συντηρητική χειρουργική επέμβαση στοχεύουμε να έχουμε παρασκευάσμα, με χειρουργικά όρια του όγκου ελεύθερα νόσου.

Για να έχουμε υγιή όρια το τμήμα μαζικού αδένα που θα εξαιρεθεί εξαρτάται ευθέως ανάλογα από:

- * το μέγεθος του όγκου,
- * τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου,
- * τη μέθοδο ανίχνευσης του όγκου και
- * τη χειρουργική εμπειρία του Μαστολόγου

Υπάρχουν όμως και κάποιες βασικές αιτίες που δεν επιτρέπουν τη σωστή εκτίμηση των εγχειρητικών ορίων και συνοψίζονται σε:

- * Ακατάλληλη εξαίρεση του μαζικού ιστού,
- * Τυχαία λήψη της/του Παθογοανατόμου για βιοψία,
- * Διακοπτόμενη επέκταση των καρκινικών κυττάρων από τον πρωτοπαθή όγκο μέσα στον πόρο

Η συμπληρωματική Ακτινοθεραπεία χρειάζεται για να συμπληρώσει την συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Χορηγείται για να αποστειρώσει την περιοχή, Όχι για να καλύψει κακούς χειρουργικούς χειρισμούς.

Αρα η επιλογή του είδους της χειρουργικής επέμβασης είναι κάτι πολύ σημαντικό, θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους διεθνώς αποδεκτούς κανόνες και επ' ουδενί λόγος μπορούμε να κάνουμε σε όλες τις ασθενείς την ίδια επέμβαση.



Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού βρίσκουν

σε μεγάλο βαθμό την εμπειρία της θεραπείας με ακτινοβοήθεια καλύτερη από το αναμενόμενο

Ξενοφών Βακάλης ,

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός,
τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας / Ιατρικό κέντρο Αθηνών,
Διαστόμου 5-7 Μαρούσι, Αθήνα,
τηλ : 210-6157303, e-mail : fovakal@gmail.com

Μια νέα έρευνα βρίσκει τις εμπειρίες Ακτινοθεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού να ξεπερνούν τις προσδοκίες τους. Η έρευνα, η οποία μελέτη τους φόβους και τις παρερμηνείες σχετικά με τις παρενέργειες που προκαλούνται από την Ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού, βρήκε πως περισσότερο από τα τρία τέταρτα των ασθενών με καρκίνο του μαστού που ερωτήθηκαν, βρήκαν τις εμπειρίες τους με την ακτινοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένου των άμεσων παρενεργειών (που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια και λίγες μέρες μετά την Ακτινοθεραπεία) και των όψιμων παρενεργειών (που εμφανίζονται μήνες μετά την Ακτινοθεραπεία), να είναι λιγότερο «τρομακτικές» απ' ό,τι περίμεναν, σύμφωνα με την έρευνα που παρουσιάστηκε στη 59η Ετήσια Συνάντηση του American Society for Radiation Oncology (ASTRO).

«Οι Ακτινοθεραπευτές Ογκολόγοι, γνωρίζουν από πρώτο χέρι, πως οι ασθενείς μας έρχονται αντιμέτωποι με φόβους και μερικές φορές με παρερμηνείες. Αντίθετα με πολλή αλήθεια, οι θεραπείες στους τομείς της ιατρικής, είναι πολύ δύσκολο να φανταστούν πως είναι η ακτινοθεραπεία» είπε ο Νάρεκ Σαβερντιάν (Narek Shaverdian), υπεύθυνος συγγραφέας της έρευνας και Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος στην Ιατρική Σχολή Ντεϊβιντ Γκεφφέν (David Geffen) στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Λος Άντζελες (UCLA). «Παρά ταύτα, είναι εκπληκτικό να βρίσκει πως πάνω από το 90% των γυναικών που ερωτήθηκαν, συμφωνούν πως αν οι μελλοντικοί ασθενείς ήξεραν την πραγματικότητα της Ακτινοθεραπευτικής εμπειρίας, θα φοβούνταν λιγότερο την θεραπεία.

Οι εξελίξεις στις Ακτινοθεραπευτικές τεχνολογίες τις τελευταίες δεκαετίες και η αυξημένη χρήση της Υποκλασματοποίησης – όπου η ακτινοβολία δίνεται σε μεγαλύτερες ημερήσιες δόσεις κατά την διάρκεια λιγότερων συνεδριών – έχουν προσφέρει στους ασθενείς πιο βοηθικές θεραπευτικές επιλογές, όπως και χαμηλότερους ρυθμούς τοξικότητας σε πολλές περιπτώσεις», είπε ο Δρ. Σαβερντιάν (Shaverdian).

«Η έρευνα μας δείχνει πως γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν σύγχρονη ακτινοθεραπεία, βρίσκουν την θεραπευτική εμπειρία πολύ καλύτερη απ' ό,τι περίμεναν. Οι αρνητικές ιστορίες εκεί έξω είναι τρομακτικές, αλλά γενικά δεν είναι αντιπροσωπευτικές της πραγματικής εμπειρίας» είπε η Σούζαν Μακ Κλόσκει (Susan McCloskey), βοηθός καθηγήτριά στην Ιατρική Σχολή του Ντεϊβιντ Γκεφφέν (David Geffen) στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Λος Άντζελες (UCLA), Διευθύντρια των Υπηρεσιών του Μαστού στο πανεπιστήμιο (UCLA), και υπεύθυνη συγγραφέας της έρευνας.

Ερωτηματολόγια στάλθηκαν σε όλους τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για τον καρκί-



νο του μαστού στο πανεπιστήμιο (UCLA) – μεταξύ 2012 και 2016. Οι επιβεβαιωμένοι ασθενείς είχαν έξι ή περισσότερους μήνες παρακολούθησης χωρίς επανεμφάνιση καρκίνου. Το 65% αυτών των 502 ασθενών επέστρεψε συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια και τα αποτελέσματα της έρευνας είναι βασισμένα σε αυτές τις 327 απαντήσεις. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων που ανταποκρίθηκαν ήταν 59 ετών (μεταξύ 28 – 89 χρονών).

Οι ασθενείς παρουσίασαν διάφορα στάδια ασθένειας : 18% είχε στάδιο 0 καρκίνου του μαστού, 38% παρουσίασαν στάδιο I, 34% στάδιο II και 9% στάδιο III.

82% υποβλήθηκε σε συντηρητικό χειρουργείο του μαστού, 13% υποβλήθηκε και σε μασχάλια λεμφαδενικό καθαρισμό, 37% έλαβε χημειοθεραπεία και 70% έλαβε ενδοκρινική θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ), που χορηγήθηκε είτε ως κλασική Ακτινοβολή ολόκληρου του υπολοίπου μαστού ή ως υποκλασματοποιημένη Ακτινοβολή ολόκληρου του υπολοίπου μαστού ή ως Ακτινοβολή του σύστοιχου θωρακικού τοιχώματος μετά από μαστεκτομή ή ως μερική Ακτινοβολή του μαστού.

Οι ασθενείς συμπλήρωσαν την έρευνα σε 31 μήνες κατά μέσο όρο (μεταξύ 6 – 61 μηνών) μετά από την ολοκλήρωση της Ακτινοθεραπείας. Οι ερωτήσεις της έρευνας αξιολογούσαν τους φόβους και τις πεποιθήσεις για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού, τις παρενέργειες, και πως τελικά η πραγματική εμπειρία συγκρίνεται με τις αρχικές προσδοκίες. Ειδικά,

οι ασθενείς ερωτήθηκαν αν η θεραπευτική εμπειρία, οι άμεσες και όψιμες παρενέργειες ήταν, όπως περίμεναν, χειρότερα ή καλύτερα απ' ό,τι περίμεναν.

9 στους 10 ασθενείς (90%) βρήκαν την πραγματική εμπειρία της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του μαστού λιγότερο «τρομακτική» απ' ό,τι πίστευαν. Συνολικά οι άμεσες και όψιμες παρενέργειες της ακτινοβολίας ήταν καλύτερες απ' ό,τι περίμεναν, για το 83% και 84% των ερωτηθέντων, αντίστοιχα. Οι ασθενείς ανέφεραν ακόμα πως οι παρενέργειες ήταν λιγότερο σοβαρές απ' ό,τι περίμεναν, για βραχυπρόθεσμο πόνο του μαστού (75%), για αλλοιώσεις στην επιδερμίδα (61%) και κούραση-κατάπτωση (78%), όπως και οι μακροπρόθεσμες αλλοιώσεις του δέρματος (85%), πόνος μαστού (79%), αλλοιές στο μέγεθος του μαστού (73%) και αλλοιές στην υφή του μαστού (70%).

Περισσότερο από τα δύο τρίτα (68%) αυτών των ασθενών με καρκίνο του μαστού, ανέφεραν πως είχαν ελάχιστη ή καθόλου εκ των προτέρων γνώση για την ακτινοθεραπεία την στιγμή της διάγνωσης τους, αλλά σχεδόν οι μισοί (47%) ανέφεραν πως είχαν διαβάσει ή ακούσει προηγουμένως «τρομακτικές» ιστορίες για σοβαρές παρενέργειες από την Ακτινοθεραπεία. Σχεδόν όλες οι γυναίκες που ερωτήθηκαν (94%) απάντησαν πως ήταν αρχικά τρομαγμένες στο να λάβουν Ακτινοθεραπεία. Οι πιο συνηθισμένοι αρχικοί φόβοι σχετικά με την Ακτινοθεραπεία ήταν ανησυχίες για βλάβη στα εσωτερικά όργανα (40%), εγκαύματα (24%) και ο φόβος ότι θα γίνουν ραδιενεργοί, δηλαδή θα μεταδίδουν Ακτινοβολία στους

γύρω τους (7%). Σε πολύ λίγους ασθενείς τελικά επιβεβαιώθηκαν αυτές οι αρνητικές ιστορίες κατά την διάρκεια της θεραπείας τους, παρόλα αυτά, από τους 327 ανταποκρινόμενους, δηλαδή 8 γυναίκες (3%) βρήκαν τις αρνητικές ιστορίες που είχαν διαβάσει προηγουμένως για την ακτινοθεραπεία να είναι αληθινές και 6 γυναίκες (2%) βρήκαν τις αρνητικές ιστορίες που είχαν ακούσει προηγουμένως για την ακτινοθεραπεία από οικογένεια και φίλους να είναι αληθινές. Η μόδα, «εύρεσης αρνητικών ιστοριών», φάνηκε ακόμα πιο λανθασμένη ανάμεσα στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο συντήρησης του μαστού. Οι 9 στους 10 ερωτηθέντες συμφώνησαν πως «Μετά την θεραπεία, συνειδητοποιώ πως η ακτινοθεραπεία δεν είναι τόσο κακή όσο ήλπινα πως είναι» και / ή πως «αν οι μελλοντικοί ασθενείς ήξεραν την 'πραγματική αλήθεια' για την ακτινοθεραπεία, θα ήταν λιγότερο φοβισμένοι για την θεραπεία.»

Ελπίζουμε πως αυτές οι πληροφορίες, που αντανακλούν τις φωνές των προηγούμενων ασθενών με καρκίνο του μαστού, μπορούν να βοηθήσουν στο να συμβουλευόμαστε μελλοντικούς ασθενείς και τους ιατρούς τους, πάνω στις πραγματικότητες της σύγχρονης ακτινοθεραπευτικής εμπειρίας του μαστού» είπε ο Δρ. Σαβερντιάν. «Οι ασθενείς που έλαβαν αυτή τη θεραπεία παρέχουν τον πιο αξιόπιστο απολογισμό των πραγματικών τους παρενεργειών και οι απόψεις τους δείχνουν ότι τα παρωχημένα, αρνητικά στερεότυπα για την Ακτινοθεραπεία του μαστού είναι σχεδόν παγκοσμίως αναξιόπιστα.»



Βασίλειος Μαρμαρούνης MD, PhD
Παθολόγος Ογκολόγος

Δ/ντης Γ' Ογκολογικής Κλινικής

Νοσοκομείο Μετροπόλιταν

210 4135588, 6937070532 210 4809426 fax E-mail: vasbarb@gmail.com

ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα τελευταία χρόνια έχουν συμβεί πολλή εξέλιξη στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Οι εξελίξεις αυτές αφορούν κυρίως την θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού (ορμονοθεραπεία), την χημειοθεραπεία, τη στοχεύουσα θεραπεία και την ανοσοθεραπεία. Οι εξελίξεις αυτές κάνουν τους ιατρούς αλλά και τους ασθενείς πιο αισιόδοξους. Το σημαντικό είναι ότι αναμένονται πολλά καινούργια φάρμακα που θα δώσουν ακόμη περισσότερα όπλα στη μάχη του καρκίνου του μαστού.

ΟΡΜΟΝΟΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ένας πολύ σημαντικός τομέας της ορμονοθεραπείας είναι η επικοιτική ορμονοθεραπεία μετά από τη χειρουργική αφαίρεση ενός κακοήθους όγκου. Μέχρι πρόσφατα η καθιερωμένη διάρκεια χορήγησης της ορμονικής θεραπείας ήταν 5 έτη. Νεότερες μελέτες απέδειξαν ότι η παρατεταμένη χορήγηση της ορμονοθεραπείας μέχρι και για διάστημα 10 ετών, βελτιώνει τον κίνδυνο υποτροπής και τη συνοδική επιβίωση. Στις μελέτες αυτές ερευνήσαν τη χορήγηση αναστολέων της αρωματάσης μετά από ταμοξιφαίνη για πέντε έτη. Οι μελέτες αυτές όμως δεν έδωσαν απάντηση στο ερώτημα της παρατεταμένης χορήγησης αναστολέων της αρωματάσης μετά από αρχική χορήγηση τους για πέντε έτη. Στα τελευταία παγκόσμια συνέδρια καρκίνου του μαστού παρουσιάστηκαν νέες μελέτες που εξετάζουν την παρατεταμένη χορήγηση αυτών των φαρμάκων. Η μελέτη NSABP-42 μελέτησε την παρατεταμένη χορήγηση της λετροζόλης σε ασθενείς που είχαν λάβει αρχικά 5 έτη επικοιτικής ορμονοθεραπείας με αναστολέα αρωματάσης (είτε μόνο του είτε σε συνέχεια μετά ταμοξιφαίνη). Μελετήθηκαν 3.923 ασθενείς να λάβουν ακόμη 5 έτη θεραπείας με λετροζόλη ή εικονικό φάρμακο. Η παρακολούθηση διήρκεσε 6.9 έτη. Η παρατεταμένη χορήγηση λετροζόλης είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντι-

κή αύξηση της επιβίωσης χωρίς υποτροπή με μείωση του κινδύνου υποτροπής στον ετερόπλευρο μαστό κατά 29% και μείωση του κινδύνου απομακρυσμένης υποτροπής κατά 28%. Το συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι θα πρέπει να γίνεται επιλογή των ασθενών που θα τη λάβουν. Απαιτείται βεβαίως προσεκτική παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας. Η μικρή ηλικία και ο υψηλός κίνδυνος υποτροπής μαζί με τις προϋπάρχουσες νοσηρότητες μπορούν να διακρίνουν τις ομάδες ασθενών που θα ωφεληθούν. Στο μέλλον η ανάπτυξη γενεομικής ανάλυσης μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή αυτών των ασθενών. Οι αναστολείς του PI3K/MTOR και οι αναστολείς των κυκλινών CDK4/6 είναι πλέον διαθέσιμοι. Οι νεότερες αυτές θεραπείες απέδειξαν σε πολλές πρόσφατες μελέτες ότι μπορούν να αντιστρέψουν την αντίσταση στην ορμονοθεραπεία σε ασθενείς που ήταν αρχικά ευαίσθητοι στην ορμονική αγωγή. Το palbociclib, είναι ο πρώτος αναστολέας CDK4/6 που έχει εγκριθεί. Στις μελέτες PALOMA-2 και PALOMA-3 έδειξε σε συνδυασμό είτε με λετροζόλη είτε με φουλλεστράνη σημαντική αύξηση της επιβίωσης ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο μαστού. Το ribociclib που ανήκει στην ίδια ομάδα και έχει δείξει πολύ καλά αποτελέσματα στη μελέτη MONALEESA-2, και ήδη έλαβε και αυτό άδεια κυκλοφορίας για τις ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο. Ο συνδυασμός ribociclib και λετροζόλης έδειξε σημαντικό όφελος του ελεύθερου διαστήματος υποτροπής σε σχέση με τη χορήγηση μόνο λετροζόλης σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει πριν ορμονική θεραπεία. Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έδειξε η χορήγηση μονοθεραπείας με abemaciclib. Αναμένονται αποτελέσματα για το συνδυασμό abemaciclib και fulvestrant, και το συνδυασμό με μη στεροειδή αναστολέα της αρωματάσης, σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με τοπικά προχωρημένο/μεταστατικό ορμονοευαίσθητο καρκίνο

μαστού. Αναμένονται νέες μελέτες για το αν οι αναστολείς CDK 4/6 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού.

Οι αναστολείς της οδού PI3K/AKT/MTOR έχουν δείξει σε πολλές μελέτες δυνατότητα επαναφοράς της ορμονοευαισθησίας σε ασθενείς με καρκίνο μαστού. Το everolimus χρησιμοποιείται από το 2014 στην δεύτερη γραμμή θεραπείας σε μεταστατικό ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού σε συνδυασμό με εξεμεστάνη. Ο συνδυασμός everolimus και φουλλεστράνης έχει αποδειχθεί ασφαλή και αποτελεσματικός σε προεπεξεργασμένες ασθενείς. Αλλά και ο συνδυασμός everolimus και λετροζόλης, είναι αποτελεσματικός στην πρώτη γραμμή θεραπείας.

Ο πρώτος αναστολέας PI3K, το buparlisib, σε θεραπεία με φουλλεστράνη σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ορμονοευαίσθητο προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο, έδειξε σημαντική βελτίωση στο διάστημα ελεύθερο υποτροπής, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, με υψηλή όμως τοξικότητα. Φαίνεται πως είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ικανού βιοδείκτη για τη χρησιμοποίηση αυτής της στοχεύουσας θεραπείας.

HER2 ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσθήκη του μονοκλωνικού αντισώματος pertuzumab, έναντι του HER 2 στο μεταστατικό HER2+ καρκίνο μαστού, προσέφερε σημαντική βελτίωση του διαστήματος χωρίς υποτροπή αλλά και στη συνοδική επιβίωση. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη APHINITY, που εξετάζει τη χορήγηση επικοιτικής θεραπείας με pertuzumab, σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και trastuzumab ήταν θετικά. Ήδη το FDA έχει εγκρίνει τη χορήγηση του pertuzumab προεγχειρητικά, σε πρώιμο καρκίνο του μαστού. Ο αναστολέας HER 2 neratinib, χορηγούμενο από του στόματος, έχει δείξει θετικά αποτελέσματα αλλά είναι αρκετά τοξικός.

ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει μεγάλη κινητικότητα για τον τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού, ER-, PR- και HER2- διότι ο τύπος αυτός καρκίνου του μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση. Διάφοροι παράγοντες εξετάζονται εντατικά. Τουλάχιστον πέντε αναστολείς της πόλης (Adp-ribose) checkpoint inhibitors έχουν δείξει έγκριση για BRCA+ τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού.

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μέχρι σήμερα η ανοσοθεραπεία δεν έχει δείξει την ίδια επιτυχία στον καρκίνο του μαστού όπως στο μελάνωμα ή τον πνεύμονα. Οι διάφοροι checkpoint inhibitors έχουν δείξει δραστηριότητα σε τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού. Η μελέτη των αναστολέων PD-1, PDL-1 και CTLA-4 είναι συνεχής τόσο για τη μεταστατική όσο και για την πρώιμη νόσο. Μερικοί τριπλά αρνητικοί καρκίνοι μαστού εκφράζουν υποδοχείς ανδρογόνων οι οποίοι μπορούν να αποτελέσουν θεραπευτικούς στόχους. Τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί για την ενζαλουταμίδα και τη βικαλουταμίδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Πολλές δικαιολογημένες ελπίδες έχουν εναποτεθεί στην εντατική συνεχιζόμενη έρευνα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Οι προτεραιότητες όμως αναμένονται να κατευθυνθούν στους τομείς της γονιδιακής ανάλυσης, της εξατομικευμένης ιατρικής πράξης, της ανάπτυξης κόστους-οφέλους, της οικονομικής τοξικότητας και της πρόσβασης σε ογκολογικά φάρμακα και υπηρεσίες διάφορων ομάδων ασθενών. Υπάρχουν λοιπόν υψηλές προσδοκίες ότι η θεραπεία των ασθενών θα συνεχισθεί με καινοτόμα φάρμακα και μεθόδους υψηλότερης ποιότητας ευκολότερης προσβασιμότητας, χαμηλότερης τοξικότητας για ακόμη καλύτερα αποτελέσματα.



Α. Μανέτου, MSc, PhD

Ακτινοφυσικός Ιατρικής ΝΙΜΙΤΣ

Κοιλάδος Άκρας Ήλιμης

τηλ. 210 9887302 6944179796

e-mail : ageliki.manetou@gmail.com

ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΟΦΕΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Οι μέχρι τώρα μιλούσαμε με βεβαιότητα μόνον για την αξία της μαστογραφίας στη διάγνωση διαφόρων παθήσεων του μαστού και ιδιαίτερα του καρκίνου. Βεβαιότητα με περιορισμούς βέβαια εξαιτίας της ιδιαιτερότητας που έχει ο μαστός αφενός να ανήκει στα ακτινοευαίσθητα όργανα και αφετέρου να απαιτούνται υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, προκειμένου να αναδειχτεί η όποια βλάβη. Οι παραπάνω περιορισμοί μας έκαναν πάντα να είμαστε πολύ προσεκτικοί με το θέμα της δόσης από την εξέταση και να συσχετίζουμε τη δόση με τους ενδεχόμενους κινδύνους από αυτήν. Στην ίδια ζυγαριά με τη προσλαμβανόμενη ακτινοβολία θα μπουν τα αναμενόμενα οφέλη από την προληπτική μαστογρα-

φία. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο MISCAN, το οποίο βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες, το 26% των θανάτων από καρκίνο του μαστού, θα μπορούσε να είχε προληφθεί με μια προληπτική μαστογραφία στις ηλικίες από 50-74.

Ωστόσο, στην προσπάθεια να ποσοτικοποιηθεί η πιθανότητα πρόκλησης καρκίνου του μαστού από τη μαστογραφία, θα πρέπει να ληφθούν υποχρεωτικά υπόψη οι πρόσφατες εκτιμήσεις της Διεθνούς Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας (ICRP) σύμφωνα με τις οποίες η επαναληπτική ψηφιακή μαστογραφία θα προκαλέσει 10 θανάτους ανά 100.000 εξεταζόμενες γυναίκες.

Ο συνδυασμός των παραπάνω οδηγεί στο συμπέρασμα πως

αν και η ετήσια προληπτική μαστογραφία στις ηλικίες από 50-80 θα προκαλέσει 10 θανάτους, από την άλλη θα αποτρέψει περισσότερους από 1000.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αναγνωρίζοντας τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, αλλά και τα οφέλη που προκύπτουν από την προληπτική μαστογραφία, έχει δρομολογήσει μέσω του προγράμματος ECIBC (European Commission Initiative on Breast Cancer) την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής αντιμετώπισης του θέματος. Στη σχετική πηλαφόρμα στο διαδίκτυο είναι ήδη αναρτημένες κατευθυντήριες γραμμές (guidelines) που αφορούν στην απαιτούμενη συχνότητα προληπτικής μαστογραφίας ανάλογα με την ηλικία.