

ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση.

Χρήστος Ι. Μαρκόπουλος, MD, MPhil, PhD
Αν. Καθηγητής Χειρουργικής
Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού

Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί πάρα πολύ **η συχνότητα του καρκίνου του μαστού** και τείνουμε να πλησιάσουμε τη συχνότητα που υπάρχει και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Υπολογίζουμε ότι περίπου μία στις δέκα γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής της, θα αναπτύξει ένα καρκίνο στο μαστό της ή σε απόλυτους αριθμούς, έχουμε περίπου 4.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα ετησίως. Ο καρκίνος του μαστού, εξακολουθεί να αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτου γυναικών στην ηλικία μεταξύ 45-55 ετών.

Όσον αφορά τους **παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν** στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γνωρίζουμε εδώ και δεκαετίες, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία πολυπαραγοντική νόσος. Μεταξύ άλλων, ο πιο σημαντικός παράγοντας, είναι η διάρκεια κατά την οποία ο μαστός της γυναίκας υφίσταται την επίδραση των οιστρογόνων, με άλλα λόγια, όσο πιο νωρίς αρχίζει στη ζωή της γυναίκας η περίοδος π.χ. στο 8-9 της χρόνια ή όσο πιο αργά τελειώνει και έρχεται η εμμηνόπαυση, στα 55-60 αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Ένας άλλος, επίσης σημαντικός παράγοντας, είναι η ηλικία της γυναίκας. Όσο μεγαλώνει μία γυναίκα, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα να πάθει καρκίνο. Ενδεικτικά, μία γυναίκα 75-80 ετών, έχει σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα από μία γυναίκα 55 ετών. Άλλος παράγοντας, είναι οι κυήσεις σε μεγάλη ηλικία. Ξέρουμε ότι ενώ η πρώτη κύηση μίας γυναίκας, δηλαδή να κάνει ένα παιδί σε ηλικία μικρότερη από τα 30, στα 22 ή στα 25 της, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα, αντίθετα, η πρώτη κύηση σε ηλικία πάνω από τα τριάντα πέντε, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα. Ακόμη, σημαντικός παράγοντας που δικαιολογεί και την αύξηση της συχνότητας στην Ελλάδα, είναι η αλλαγή των διατροφικών μας συνηθειών. Όσο οι διατροφικές μας συνήθειες πλησιάζουν αυτές των βορείων χωρών, δηλαδή αυξάνουμε την περιεκτικότητα των τροφών μας σε λίπος, ξέρουμε ότι αποτελεί ένα αίτιο και μάλιστα και η παχυσαρκία από την άλλη πλευρά αποτελεί γνωστό επιβαρυντικό παράγοντα για τον καρκίνο του μαστού.

Όσον αφορά τώρα την **κληρονομικότητα**, θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι

είναι άλλο αυτό που λέμε θετικό οικογενειακό ιστορικό, το να έχει δηλαδή μία γυναίκα συγγενή πρώτου βαθμού, παράδειγμα τη μητέρα της ή την αδελφή της, η οποία είχε καρκίνο του μαστού, κάτι που τριπλασιάζει περίπου τον δικό της κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και άλλο ο κληρονομικός καρκίνος το μαστού. Στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού, έχουμε εντοπίσει γονίδια, τα οποία ευθύνονται για την εμφάνισή του και η ύπαρξη μίας μετάλλαξης σε ένα τέτοιο γονίδιο, αυξάνει πάρα πολύ την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, η οποία φθάνει περίπου στο 80% κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας που φέρει αυτά τα γονίδια, ενώ συγχρόνως συνοδεύεται από υψηλή πιθανότητα, περίπου 60%, εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Εκείνο όμως που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι ο κληρονομικός με αυτή την έννοια ή γονιδιακός καρκίνος, αποτελεί μικρό ποσοστό των καρκίνων. Σε 100 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ο κληρονομικός καρκίνος θα ευθύνεται για την προσβολή 5-6 γυναικών. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί το να κάνει μία γυναίκα τα γενετικά τεστ και να αποδειχθούν αρνητικά, δεν πρέπει να εφησυχάσει. Απλά, έχει αποκλείσει αυτό το ποσοστό του 5-6%. Άρα, θα πρέπει να εξακολουθεί τους ελέγχους της κανονικά.

Σε ότι αφορά **την πρόληψη**, αυτό που θα θέλαμε, θα ήταν να δίνουμε ή να κάνουμε κάτι και να αποτρέπουμε τελείως την εμφάνιση ενός καρκίνου. Αυτή τη στιγμή δεν διαθέτουμε τέτοια δυνατότητα εκτός, ίσως από μία ριζική και εάν θέλετε ούτε εύκολη ούτε εύκολα αποδεκτή επέμβαση, όπως είναι η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή. Άρα η πρόληψη, έχει εντοπιστεί σε αυτό που εμείς καλούμε δευτερογενή πρόληψη, **δηλαδή την έγκαιρη διάγνωση**, ώστε να βρούμε ένα καρκίνο σε τέτοια φάση που να μπορούμε να προσφέρουμε ή πλήρη ίαση στη γυναίκα ή πρακτική ίαση, προσφέροντάς της δεκαετίες ζωής, ικανές να την οδηγήσουν σε μία πλήρη ζωή χωρίς προβλήματα

Η έγκαιρη διάγνωση επιτυγχάνεται με την αυτοεξέταση, τη μαστογραφία και τη κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό. Παρ' όλα αυτά, δεκαπέντε χρόνια πριν, όταν μιλούσαμε για τον καρκίνο του μαστού, τονίζαμε πάρα πολύ την αυτοεξέταση και εξακολουθούμε να την τονίζουμε. Ωστόσο, αυτός δεν είναι πλέον ο στόχος, διότι η αυτοεξέταση σημαίνει ότι η γυναίκα ψηλαφά έναν καρκίνο, που εάν λάβετε σαν δεδομένο ότι ο έμπειρος κλινικός ιατρός, δεν μπορεί να αντιληφθεί ένα καρκίνο κάτω από ένα εκατοστοστό μέσα σε ένα μαστό, θα υποθέσουμε ότι μία γυναίκα θα πιάσει έναν καρκίνο στο 1,5-2 εκατοστά. Ο στόχος της εποχής μας δεν είναι αυτός. Ο στόχος

της εποχής μας είναι η γυναίκα να κάνει μαστογραφίες. Να βρούμε τον καρκίνο πχ στα πέντε χιλιοστά.

Έχουμε βασικούς **κανόνες προληπτικού ελέγχου με σκοπό την έγκαιρο διάγνωση**. Ο γενικός κανόνας σε ασυμπτωματικές γυναίκες, χωρίς να υπάρχει κανένα πρόβλημα είναι μεταξύ 35 και 40 ετών κάνουμε την πρώτη μαστογραφία την οποία την ονομάζουμε ελέγχου ή βάσεως και επειδή τα τελευταία χρόνια έχουμε παρατηρήσει μία και απόλυτη και σχετική αύξηση του καρκίνου στις νεώτερες ηλικίες, αρχίζουμε την ετήσια μαστογραφία από τα 40. Θα πρέπει να τονισθεί όμως ότι παρόλο που η μαστογραφία αποτελεί το σπουδαιότερο διαγνωστικό μέσο που έχουμε αυτή τη στιγμή, πρέπει να συνδυάζεται με την **κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό**, διότι υπάρχει ένα 8-10% περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, που για διάφορους λόγους, δεν απεικονίζονται στη μαστογραφία, αλλά μπορεί να εντοπισθούν από τα χέρια ενός έμπειρου στον τομέα ιατρού. Ο συνδυασμός αυτών μας ανεβάζει πάρα πολύ την αξιοπιστία, σε επίπεδα πάνω από 95%.

Πρακτικός **κίνδυνος από την ακτινοβολία** δεν υπάρχει. Με τα σημερινά μηχανήματα, τα οποία σημειωτέον όλα είναι χαμηλής δόσεως, ο πρακτικός κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι αμελητέος, ειδικά αν σκεφθεί κανείς το όφελος που προκύπτει, αφού η μαστογραφία μόνη της, μείωσε τη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού κατά 30%, ανιχνεύοντας πιο νωρίς τους καρκίνους.

Επίσης θα πρέπει να τονισθεί ότι **το υπερηχογράφημα** δεν μπορεί να αντικαταστήσει την μαστογραφία στον έλεγχο του μαστού με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αλλά χρησιμοποιείται στο μαστό με συγκεκριμένες ενδείξεις, όπως πχ στη διάκριση μίας κύστεως από ένα συμπαγή όγκο.

Οι βασικοί άξονες αντιμετώπισης του Καρκίνου του Μαστού είναι τρεις. Ο ένας είναι η **χειρουργική**, ο δεύτερος η **ακτινοθεραπεία** και ο τρίτος είναι η **συστηματική θεραπεία** υπό την έννοια είτε της χημειοθεραπείας είτε της ορμονοθεραπείας ή άλλων επί μέρους θεραπειών.

Στη χειρουργική βεβαίως, εμπλέκεται και το θέμα της μαστεκτομής που σχετίζεται άμεσα με τη πρόιμη διάγνωση, που μας δίνει τη δυνατότητα αποφυγής της μαστεκτομής. Εδώ και αρκετά χρόνια, έχουν καθιερωθεί σε όλο τον κόσμο οι λεγόμενες συντηρητικές του μαστού επεμβάσεις, δηλαδή να μην κάνουμε μαστεκτομή, οι οποίες όμως ενώ προσφέρουν ίδια αποτελέσματα από πλευράς εξέλιξης, από πλευράς πορείας της γυναίκας, όσον αφορά τη νόσο, σε σχέση με τη μαστεκτομή, έχουν ορισμένους κανόνες, οι οποίοι δε θα πρέπει να παραβλέπονται και

ένας από τους οποίους είναι το μέγεθος τους καρκίνου. Συνεπώς στην πρώιμη διάγνωση, σε μικρούς καρκίνους, που τους ανιχνεύει η μαστογραφία ή ο ιατρός με τα χέρια του έχουμε πάρα πολλές φορές τη δυνατότητα να αποφύγουμε τη μαστεκτομή. Όταν η μαστεκτομή είναι απολύτως αναγκαία, σήμερα έχουμε τη δυνατότητα αποκατάστασης της εμφάνισης αυτών των γυναικών με τις εγχειρίσεις πλαστικής αποκατάστασης.

Η **ακτινοθεραπεία** εφαρμόζεται πάντοτε στις περιπτώσεις διατήρησης του μαστού μετά την αφαίρεση ενός καρκίνου, ενώ ανάλογα με τις ενδείξεις, μερικές φορές θα χρειασθεί να γίνει και σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

Η συστηματική θεραπεία, **χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία**, γίνεται επικουρικά σχεδόν κατά κανόνα μετά την εγχείρηση για ένα διηθητικό καρκίνο του μαστού και το είδος της εξαρτάται από επί μέρους στοιχεία του όγκου (πχ θετικοί ορμονικοί υποδοχείς) και της ασθενούς (πχ ηλικία και εμμηνορρυσιακή κατάσταση).

Η **πλαστική αποκατάσταση** μετά από μαστεκτομή έχει τις απλές επιπτώσεις που έχει μία χειρουργική επέμβαση, καμία όμως άλλη επίπτωση ως προς την υγεία της. Η αποκατάσταση γίνεται αφενός μεν με τους διατατήρες ιστών, ένα μπαλονάκι, που μπαίνει κάτω από το δέρμα στη περιοχή της μαστεκτομής, φουσκώνει σιγά - σιγά και αφού διαταθεί το δέρμα μπαίνει μέσα σιλικόνη και συγχρόνως κάνουμε σμίκρυνση του άλλου μαστού, ώστε να έχουμε το ίδιο μέγεθος, ή στις λεγόμενες αποκαταστάσεις με μυοδερματικούς κρημνούς, όπου παίρνουμε δέρμα μαζί με το μυ από την κοιλιά ή από την πλάτη και καλύπτουμε το έλλειμμα που έχει προκύψει.