

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

Εβδομαδιαία έκδοση του «Εθνικού Κήρυκα» • Σάββατο 18 - Κυριακή 19 Σεπτεμβρίου 2021



*Στη μνήμη του
Μίκη Θεοδωράκη*

*Η Κωνσταντίνα Μόσχου
παρουσιάζει το καινούριο της
βιβλίο «Γεράκια στο Κλουβί»*

*Δρ Χρήστος
Μαρκόπουλος,
ένας εξέχων χειρουργός
ογκολόγος μαστού
μάς εκπαιδεύει*



Δρ Χρήστος Μαρκόπουλος, ένας εξέχων χειρουργός ογκολόγος μαστού μάς εκπαιδεύει

Της Γιάννας Κατσαγιώργη

Τη δεκαετία του 1980, στην Ελλάδα δεν είχε δοθεί ακόμα η δέουσα σημασία στο καρκίνο του μαστού, με ελάχιστες εξαιρέσεις λίγων σημαντικών χειρουργών της εποχής. Οι νέες περιπτώσεις ετησίως δεν ήταν πολλές και η έρευνα στον τομέα πολύ περιορισμένη. Στην ίδια δεκαετία ένας νεαρός γιατρός από την Καβάλα, ο Χρήστος Μαρκόπουλος, αφού τελείωσε την ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής το 1985, πήρε υποτροφία από το Ωνάσειο Ίδρυμα, για την Αγγλία, για να εξειδικευτεί στον καρκίνο του μαστού, όπου το πρόβλημα ήταν ήδη σοβαρό, ο αριθμός των περιστατικών μεγάλος και η έρευνα έτρεχε με γρήγορο ρυθμό, τον ταχύτερο εκείνη την εποχή στην Ευρώπη. Έτσι βρέθηκε στο Royal Marsden Hospital του Λονδίνου, και σε μερικούς μήνες πήρε θέση ως senior registrar στη συνεργαζόμενη Ιατρική Σχολή και τη Μονάδα Μαστού του St. George's Hospital, μία από τις μεγαλύτερες στην Ευρώπη. Παράλληλα, άρχισε να κάνει έρευνες στο Ludwig Institute for Cancer Research και ολοκλήρωσε ένα Master στην Ογκολογία του Μαστού στο Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, όπου απέκτησε τεράστια κλινική και χειρουργική εμπειρία, ενώ συγχρόνως

συμμετείχε ενεργά στις επιστημονικές εξελίξεις με πρωτοποριακές ερευνητικές μελέτες, τόσο στο εργαστήριο όσο και στη κλινική πράξη. Το Δεκέμβριο του 1988 γύρισε στην Αθήνα και το 1990 έγινε Λέκτορας στην Ιατρική Σχολή Αθηνών αρχίζοντας την πανεπιστημιακή του καριέρα. Από δω και πέρα πρέπει να αφιερώσει κανείς πολύ χρόνο, για να ξεφυλλίσει το πολυσέλιδο βιογραφικό του, την προσφορά του στην επιστήμη και την εμπύθειά του στην πιο συχνή γυναικεία κατ' εξοχήν πάθηση, του καρκίνου του μαστού.

Εν συντομία είναι ο επιστήμονας που ίδρυσε στην Ελλάδα την πρώτη Μονάδα Μαστού του Πανεπιστημίου στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο, φρόντισε για τον πλήρη εξοπλισμό της και βοήθησε μέσω της έρευνας και της εκπαίδευσης νέους γιατρούς στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Το 2000 ίδρυσε την Ελληνική Εταιρεία Χειρουργών Μαστού και οργανωμένα πλέον, οι Έλληνες Χειρουργοί Μαστού μετείχαν για πρώτη φορά σε διεθνή ερευνητικά πρωτόκολλα στην Ευρώπη και σε σημαντικές δημοσιεύσεις. Το 2010 κλήθηκε να συμμετέχει στο Breast Working Group της UEMS (Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων) και από το 2016 είναι Πρόεδρος του

“
«Ο καρκίνος του μαστού είναι μία πολυπαραγοντική νόσος και ακόμη και σήμερα δεν είναι ξεκάθαρο γιατί αναπτύσσεται»

”

Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής Μαστού (UEMS – EBS - Division of Breast Surgery) και επικεφαλής των εξετάσεων για το Ευρωπαϊκό Δίπλωμα στη Χειρουργική Μαστού (European Board of Surgery Qualification - EBSQ in Breast Surgery). Μετέχει σε Διεθνείς, πολυκεντρικές, κλινικο/εργαστηριακές μελέτες και διεθνείς ερευνητικές ομάδες για τον καρκίνο του μαστού. Έχει συμμετοχή σε 40 ερευνητικά προγράμματα, στα περισσότερα ως κύριος ερευνητής και εθνικός αντιπρόσωπος σε πανευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα. Έχει άνω των 350 δημοσιεύσεων σε Διεθνή και Ελληνικά Ιατρικά περιοδικά, με περισσότερες από 7.500 αναφορές (citations) στη διεθνή βιβλιογραφία, και έχει δώσει περισσότερες από 200 διαλέξεις ως προσκεκλημένος ομιλητής σε Διεθνή και Παγκόσμια συνέδρια για τον Μαστό και 200 Διαλέξεις ως προσκεκλημένος σε ελληνικά συνέδρια Μαστού. Είναι συγγραφέας 8 βιβλίων για τις παθήσεις και τον καρκίνο του μαστού και επιστημονικός εκδότης επιπλέον 18 βιβλίων. Σήμερα, είναι καθηγητής Χειρουργικής στην Ιατρική Σχολή και παράλληλα διευθύνει την Κλινική Μαστού στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών στο Μαρούσι, όπου πληρούνται όλες οι ευρωπαϊκές προδιαγραφές παροχής υπηρεσιών υψηλού επιπέδου στο συγκεκριμένο τομέα. Εξέχων επιστήμονας, περιζήτητος χειρουργός, αντιμετωπίζει με σπάνιο σεβασμό τις γυναίκες ασθενείς του, που τον «λατρεύουν», γιατί διαθέτει το σπάνιο χάρισμα της σοβαρότητας και της καλοκρυμμένης ευαισθησίας που συνεπάγονται την ανυπόκριτη υποστήριξη του και την απόλυτη αφοσίωσή του στην επίλυση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν.

Ο Δρ Χρήστος Μαρκόπουλος, είναι ο άνθρωπος που δεν έχει «σπκώσει κεφάλι» από τα βιβλία και δεν έχει ποτέ αφήσει μια ασθενή, όταν του ζήτησε τη βοήθειά του. Γεννημένος το 1955, κατάφερε μόλις τα τελευταία χρόνια να ξαποσταίνει καμιά Κυριακή, σκαλίζοντας τον κήπο του και κάνοντας wind surf, όταν ο άνεμος των ασθενών του πνέει ούριος. Ας μάθουμε γιατί και πώς κατάφερε να υφάνει αυτό το γερό δίχτυ εμπιστοσύνης με τους ασθενείς του και ας αφήσουμε αυτόν τον άριστο των άριστων στον χώρο του, να μας ενημερώσει για τον καρκίνο του μαστού που μας πλύνει καθημερινά.

Θα θέλατε να μας πείτε για την καριέρα σας και πώς ενδιαφερθήκατε για την ειδικότητά σας ως χειρουργός ογκολόγος μαστού;

Αρχίζοντας την ειδικότητά μου στη Γενική Χειρουργική το 1982, προσπαθούσα συγχρόνως να βρω σε ποιο τομέα της Χειρουργικής θα εξειδικευτώ. Ήθελα να εστιασθώ σε έναν τομέα που θα ήταν στην αρχή του για τα ελληνικά δεδομένα και που πέρα από την εξειδικευμένη χειρουργική τεχνική, να έχει ένα ευρύ επιστημονικό υπόβαθρο και ερευνητικό πεδίο με προοπτικά σημαντικών εξελίξεων. Παράλληλα όμως, ήθελα

να προσφέρει τη δυνατότητα της «ανθρώπινης επαφής» με τον ασθενή, στοιχείο που αρχικά με έκανε να διαλέξω την Ιατρική. Όλα αυτά τα στοιχεία τα εντόπισα να συνυπάρχουν στην Ογκολογία του Μαστού. Στους περισσότερους τομείς της χειρουργικής, η συνεχής επαφή με τον ασθενή σου, κάπου «χάνεται» μετά την επιτυχή έκβαση μιας χειρουργικής επέμβασης, όπως π.χ μετά από μία χολοκυστεκτομή. Γρήγορα όμως διαπίστωσα, ότι στο χώρο της Χειρουργικής Ογκολογίας τα πράγματα είναι τελείως διαφορετικά. Μεταξύ γιατρού και ασθενούς αναπτύσσεται μία βαθειά, διά βίου ανθρώπινη σχέση και αυτό μπορώ να σας το εκφράσω με τη συγκινητική φράση που έχω ακούσει από ασθενείς μου «σας θεωρώ μέλος της οικογένειάς μου». Αυτό βέβαια εξαρτάται από το πόσο ο ιατρός θέλει να επωμισθεί αυτό το «βάρος» και από το πόσο το επιθυμεί ο ασθενής. Εφόσον όμως αναπτυχθεί αυτή η σχέση βαθειάς εμπιστοσύνης, τότε πράγματι ο ιατρός συμμετέχει στη ζωή της ασθενούς. Για μένα είναι σημαντικό όταν λέω στην ασθενή μου «μη φοβάσαι, μαζί θα το αντιμετωπίσουμε» και είναι τεράστια η ικανοποίηση και η χαρά που εισπράττω, όταν συναντώ ασθενείς μου που χειρουργήσα 20-30 χρόνια πριν ή όταν με επισκέπτονται ασθενείς που χειρουργήσα σε νέα ηλικία και συνοδεύονται τώρα από τα παιδιά τους που έκαναν στη συνέχεια. Νιώθω, ότι κατά κάποιο τρόπο συνέβαλα, συμμετείχα στην πορεία της ζωής τους. Αυτός ήταν και ο κύριος λόγος που στράφηκα στη Χειρουργική Ογκολογία του Μαστού. Είναι ένας τομέας της Ιατρικής με πολύ στρες και αρκετές φορές πολύ ψυχοφθόρος. Ο χειρουργός μαστού, που συνήθως είναι ο πρώτος ιατρός που «ανακοινώνει» τη διάγνωση, καλείται να αντιμετωπίσει συνολικά την γυναίκα που έρχεται αντιμέτωπη με μία τεράστια ανατροπή στη ζωή της, ανεξάρτητα με το πόσο σοβαρή είναι η νόσος της, αλλά και το άμεσο περιβάλλον της. Η ασθενής «κρεμιέται» επάνω του, εναποθέτοντας όλη την ελπίδα της για το μέλλον και η αντιμετώπισή της απαιτεί πολύ περισσότερους χειρισμούς από το κομμάτι της χειρουργικής επέμβασης. Είναι όμως και ένας τομέας που σου προσφέρει άπειρες συγκινήσεις, βαθειά ικανοποίηση και σε βοηθά να διαμορφώσεις και εσύ προσωπικά μία πιο «ανθρώπινη» προσωπικότητα και στάση ζωής.

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σήμερα από ό,τι στο παρελθόν; Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξή του;

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία πολυπαραγοντική νόσος και ακόμη και σήμερα δεν είναι ξεκάθαρο γιατί αναπτύσσεται. Έχουν εντοπισθεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί, ότι ενώ ένας παράγοντας κινδύνου αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, δεν είναι ούτε αναγκαίος αλλά ούτε και αρκετός ώστε να προκαλέσει καρκίνο από μόνος του. Ορισμένες γυναίκες που έχουν αυτούς τους παράγοντες κινδύνου δεν θα αναπτύξουν ποτέ καρκίνο μαστού, ενώ άλλες θα νοσήσουν χωρίς να έχουν κανέναν από αυτούς τους παράγοντες. Είναι συχνότερος σήμερα γιατί στην πορεία των ετών άλλαξαν πολλοί περι-



«Για μένα είναι σημαντικό όταν λέω στην ασθενή μου ‘μη φοβάσαι, μαζί θα το αντιμετωπίσουμε’»



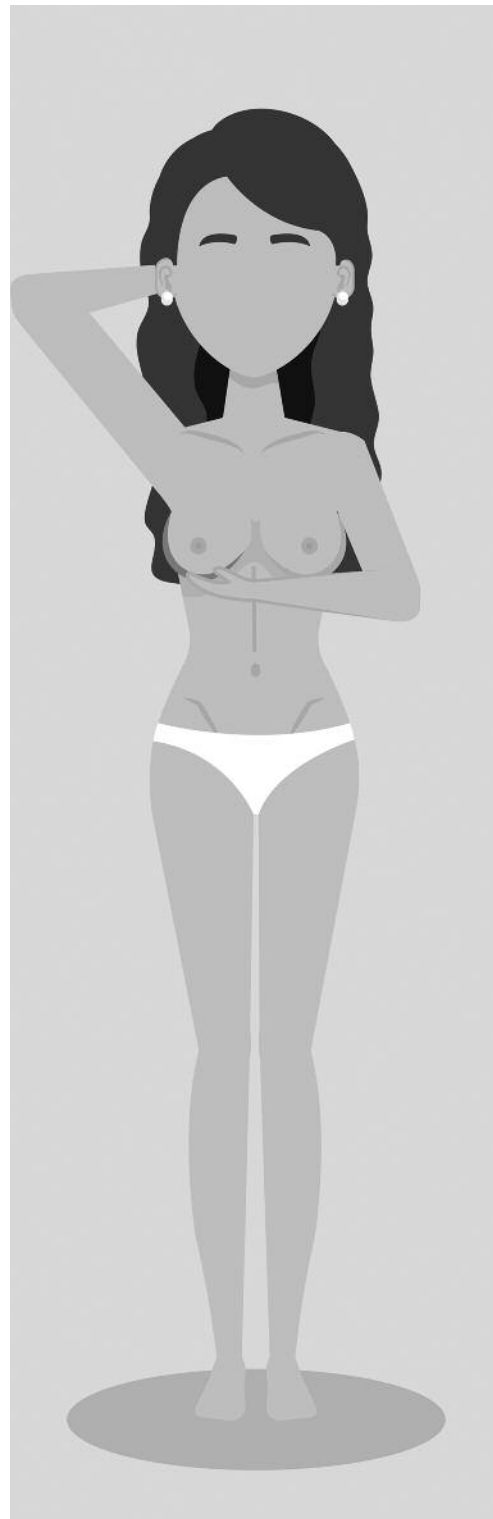
βαλλοντικοί, διατροφικοί και δημογραφικοί παράγοντες και παράλληλα αυξήθηκε το προσδόκιμο ζωής. Μεταξύ των παραγόντων σημαντικοί είναι: η ακτινοβολία σε νεαρή ηλικία - συνήθως Ακτινοθεραπεία για τη θεραπεία λεμφώματος, η μακροχρόνια χρήση εξωγενών οιστρογόνων - ειδικά η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση -, η μετάθεση του χρόνου της πρώτης κύησης των γυναικών μετά την ηλικία των 35-40 ετών, η αλλαγή των διατροφικών μας συνθηκών προς δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, που οδηγεί στην ανάπτυξη παχυσαρκίας, γνωστού επιβαρυντικού παράγοντα για τον καρκίνο του μαστού, η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Ένας άλλος, επίσης σημαντικός παράγοντας, είναι η ηλικία της γυναίκας. Όσο μεγαλώνει μία γυναίκα, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού.

Ενδεικτικά, μία γυναίκα 75-80 ετών, έχει σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα από μία γυναίκα 55 ετών. Έτσι, όσο επιμηκύνεται ο μέσος όρος ζωής, τόσο αυξάνεται και ο απόλυτος αριθμός των ηλικιωμένων γυναικών που αναπτύσσουν τη νόσο.

Όλα αυτά οδήγησαν τα τελευταία χρόνια σε μία μεγάλη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και στη χώρα μας. Υπολογίζουμε ότι περίπου μία στις εννέα - δέκα γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής της, θα αναπτύξει ένα καρκίνο στο μαστό της ή σε απόλυτους αριθμούς, έχουμε πλέον περισσότερες από 6.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα ετησίως. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι νέες περιπτώσεις πλησιάζουν τις 400.000 κάθε χρόνο, με τον καρκίνο του μαστού να αποτελεί σχεδόν το 30% των κακοήθων νεοπλασμάτων που πλήττουν τον γυναικείο πληθυσμό και την πρώτη αιτία θανάτου γυναικών στην ηλικία μεταξύ 45-55 ετών. Καλό θα ήταν να αναφέρουμε επίσης ότι καρκίνος του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί και στους άντρες, αλλά είναι σπάνιος, αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από το 1% όλων των καρκίνων του μαστού.

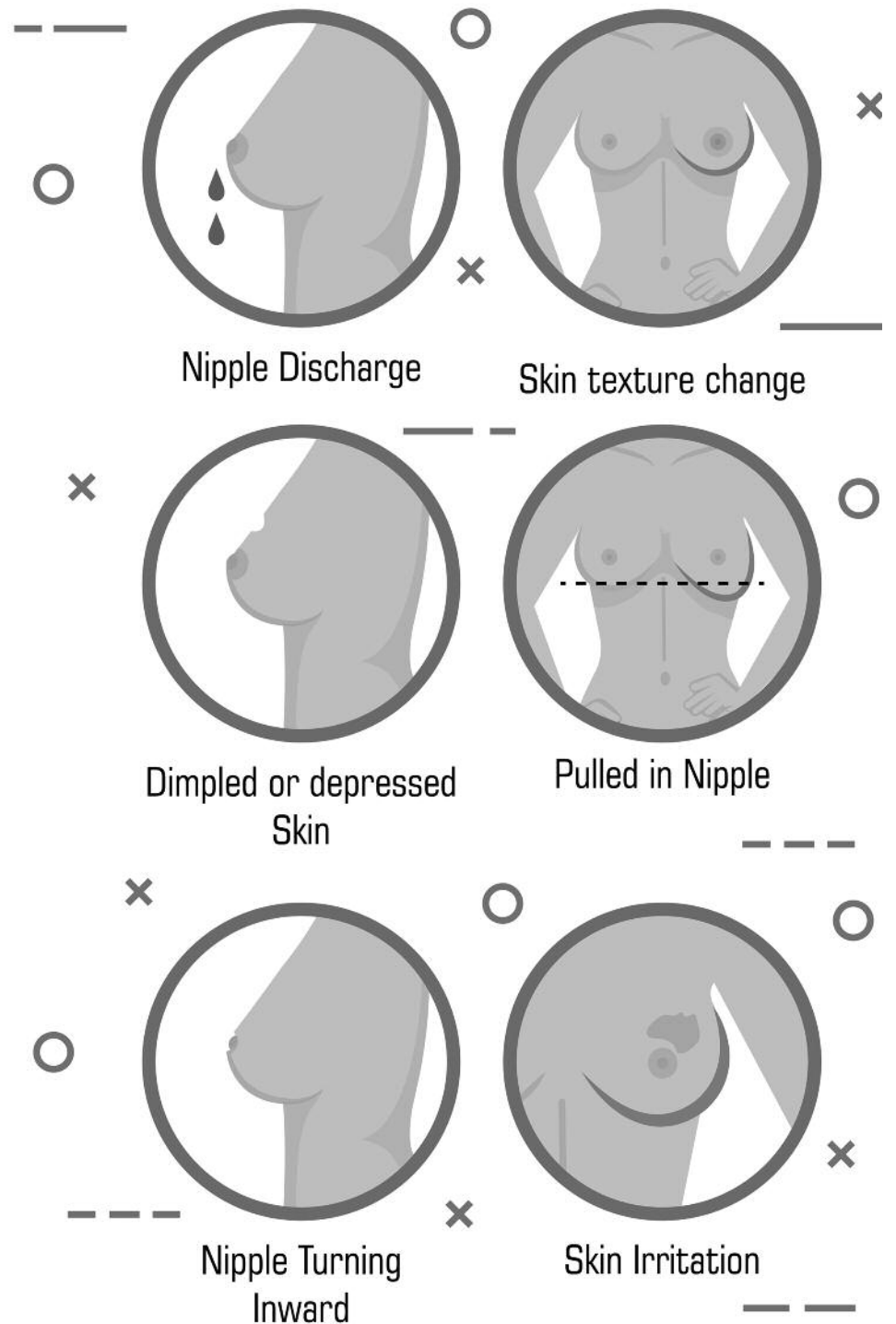
Πόσο σημαντικό είναι το ιστορικό καρκίνου μαστού στην οικογένεια μιας γυναίκας και τι είναι ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού;

Η ύπαρξη ενός συγγενούς 1ου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη, αδελφός και πατέρας) με καρκίνο του μαστού στο ιστορικό της γυναίκας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο της για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, ειδικά αν η/ο συγγενής διαγνώσθηκε σε ηλικία κάτω των 45 ετών. Όταν πολλά μέλη της οικογένειας έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού ή/και ωοθηκών σε νεαρή ηλικία, τότε τίθεται η υποψία ύπαρξης γενετικής προδιάθεσης, δηλαδή Κληρονομικού Καρκίνου του Μαστού. Έχουν εντοπισθεί μερικά γονίδια που όταν έχουν μία βλάβη -μετάλλαξη- κληρονομούνται από τη μητέρα ή τον πατέρα, αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών. Αυτά όμως τα μη φυσιολογικά γονίδια ευθύνονται για λιγότερο από το 10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού. Τα δύο κύρια γονίδια που συμμετέχουν στις οικογενείς αυτές μορφές καρκίνου του μαστού είναι το BRCA1 και BRCA2. Σε μεταλλάξεις του BRCA1 ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας είναι 75-80% -με



60% πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου και στους δύο μαστούς- και λίγο μικρότερος σε μεταλλάξεις του BRCA2. Υπάρχουν και άλλα γονίδια που έχουμε εντοπίσει, όπως το PALB2, το CHEK2 και το ATM, που επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού όσο και η θνησιμότητα μπορούν να μειωθούν με ένα προφυλακτικό χειρουργείο, αμφοτερόπλευρη προφυλακτική μαστεκτομή και ωοθηκεκτομή, αλλά είναι απαραίτητο να προηγηθεί προσεκτική γενετική εκτίμηση και ψυχολογική συμβουλευτική πριν από μία τέτοια σημαντική απόφαση.

Σεράντα χρόνια πριν δεν ψελλίζαμε καν τη φράση «καρκίνος του στήθους». Σήμερα πού βρισκόμαστε Δρα Μαρκόπουλε;



«Πρόκειται για ένα καρκίνο που σήμερα είναι δυνητικά ιάσιμος, αρκεί να διαγνωσθεί νωρίς, σε αρχικό στάδιο»





Πού έχει φτάσει το ίασιμο κομμάτι; Πόσο έχει ανέβει το επίπεδο ενδιαφέροντος των γυναικών για την υγεία και την πρόληψη;

Θεωρώ ότι στην εποχή μας οι γυναίκες έχουν εξοικειωθεί πολύ περισσότερο με την έννοια του καρκίνου και αυτό οφείλεται στο γεγονός της ευρείας πληροφόρησης από την επιστημονική κοινότητα και σχετικούς, υποστηρικτικούς συλλόγους για τις δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης να προσφέρει μακροχρόνια επιβίωση στην πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού και αρκετές φορές ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο. Βασική όμως προϋπόθεση είναι να διαγνωσθεί η νόσος γρήγορα, σε πρώιμο στάδιο. Το στάδιο του καρκίνου είναι θεμελιώδες για την έκβαση της πορείας της ασθενούς, αλλά και για τις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της. Όσο λιγότερο προχωρημένο είναι το στάδιο, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Αυτό έχει περάσει πλέον στη συνείδηση των περισσότερων γυναικών και η μεγάλη πλειοψηφία των Ελληνίδων, παρά την έλλειψη στη χώρα μας εθνικών προγραμμάτων μαζικού ελέγχου για καρκίνο του μαστού (screening), υποβάλλονται από μόνες τους σε επίσημο έλεγχο των μαστών τους με μαστογραφία και κλινική εξέταση, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε ιδιωτικά.

Πότε πρέπει να ξεκινάει η αυτοεξέταση, η μαστογραφία και η κλινική ψηλάφηση, αν έχουμε ιστορικό και αν δεν έχουμε;

Θα πρέπει να σημειώσουμε, ότι παλαιότερα που δεν είχαμε ακόμη την ευρεία διάδοση της μαστογραφίας, όταν μιλούσαμε για «πρόληψη» στον καρκίνο του μαστού, τονίζαμε πάρα πολύ την αυτοεξέταση, αλλά σήμερα την αναφέρουμε κυρίως με την έννοια της «επαγρύπνησης» και εξοικείωσης της γυναίκας με το μαστό της. Στην εποχή μας, με τα μέσα που διαθέτουμε δεν έχει πλέον τη σημασία που είχε παλαιότερα. Διότι αν ο στόχος είναι η γυναίκα με την αυτοεξέταση να ψηλαφήσει έναν καρκίνο στο μαστό της και λάβετε σαν δεδομένο ότι ο έμπειρος κλινικός ιατρός

γενικά δεν μπορεί να αντιληφθεί ένα καρκίνο κάτω από ένα εκατοστό μέσα σε ένα μαστό, μία γυναίκα θα εντοπίσει έναν καρκίνο στα 2-3 εκατοστά. Ο στόχος της εποχής μας δεν είναι αυτός. Ο στόχος της εποχής μας είναι η γυναίκα να κάνει μαστογραφίες. Να βρούμε τον καρκίνο πριν να γίνει κλινικά αντιληπτός. Ο γενικός κανόνας σε ασυμπτωματικές γυναίκες, χωρίς να υπάρχει κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα, είναι να κάνουμε την πρώτη μαστογραφία μεταξύ 35 και 40 ετών, την οποία ονομάζουμε μαστογραφία ελέγχου ή βάσεως και να συνεχίζουμε ετήσια ή ανά 2 χρόνια μετά την ηλικία των 40 ετών. Θα πρέπει να τονισθεί όμως ότι, παρόλο που η μαστογραφία αποτελεί το σπουδαιότερο διαγνωστικό μέσο που έχουμε αυτή τη στιγμή, πρέπει να συνδυάζεται πάντα με την κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό. Ο εξειδικευμένος στο μαστό ιατρός, πιθανόν να εντοπίσει στην κλινική εξέταση κάτι που δεν φαίνεται στη μαστογραφία. Επιπλέον όμως, αξιολογώντας το πλήρες ιστορικό της γυναίκας, θα εκτιμήσει το συνολικό κίνδυνο που διατρέχει και θα την κατευθύνει πώς πρέπει να παρακολουθείται.

Πώς πρέπει να ελέγχονται οι γυναίκες υψηλού κινδύνου;

Γυναίκες υψηλού κινδύνου, όπως π.χ. αυτές που έχουν ισχυρό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια ή εκείνες που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία σε νέα ηλικία, θα πρέπει να αρχίζουν τον έλεγχο νωρίτερα. Σε αυτές μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υπερηχογράφημα και η μαγνητική μαστογραφία, που δεν έχουν ακτινοβολία, αλλά είναι και πιο επιτυχείς στους «πυκνούς» μαστούς των νεαρών γυναικών, όπου η διαγνωστική δυνατότητα της μαστογραφίας είναι περιορισμένη. Ένα ποσοστό καρκίνων δεν θα γίνει ορατό στη μαστογραφία για διαφόρους λόγους, όπως η θέση τους μέσα στο μαστό, ο τύπος τους που δεν δίνει μαστογραφικό εύρημα ή ο πολύ «πυκνός» μαστός που εμποδίζει την απεικόνισή τους. Γι' αυτό χρησιμοποιούμε επικουρικά και το υπερηχογράφημα, που σήμερα έχει μεγάλες διαγνωστικές δυνατότητες χρησιμοποιώντας και τη μέθοδο της ελαστο-

γραφίας.

Επιπρόσθετα, διαθέτουμε και τη μαγνητική μαστογραφία, η οποία δεν έχει ακτινοβολία και μπορεί να γίνει και σε πολύ νέες γυναίκες. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στον έλεγχο γυναικών με πολύ πυκνό μαστό, σε εκείνες που έχουν προθέσεις σιλικόνης (επέμβαση μεγέθυνσης μαστού) ή έχουν χειρουργηθεί στο μαστό τους στο παρελθόν και προληπτικά στις γυναίκες «υψηλού κινδύνου» για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, όπως αυτές με ισχυρό οικογενειακό καρκίνο του μαστού ή βεβαιωμένη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1/2 (κληρονομικός καρκίνος του μαστού). Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι ως βασική απεικονιστική μέθοδος ελέγχου παραμένει η ψηφιακή μαστογραφία, η οποία συνολικά μας δίνει και το υψηλότερο ποσοστό διαγνωστικής αποτελεσματικότητας.

Υπάρχουν επιστημονικές έρευνες, ότι οι μαστογραφίες σωρευτικά προκαλούν καρκίνο;

Η ακτινοβολία που δέχεται ο μαστός από τη μαστογραφία είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Υπάρχουν μελέτες που έχουν υπολογίσει ότι σε κάθε 1.000 γυναίκες που υποβάλλονται συστηματικά σε μαστογραφικό έλεγχο περίπου 0,04 έως 1 γυναίκα θα αναπτύξει καρκίνο μαστού οφειλόμενο στην ακτινοβολία, δηλαδή από 4:100.000 έως 1:1.000. Η διακύμανση αυτή της επίπτωσης εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία έναρξης της μαστογραφίας και τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των διαδοχικών ελέγχων, με το ανώτατο όριο (1/1000) να αφορά σε γυναίκες με αυξημένο διά βίου κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας στον μαστό, οι οποίες συνήθως υποβάλλονται σε συχνότερο μαστογραφικό έλεγχο που αρχίζει από αρκετά νεαρή ηλικία. Ακόμη όμως και σε αυτήν την περίπτωση, εάν λάβουμε υπόψη ότι 1 στις 10 γυναίκες στο γενικό πληθυσμό θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ο κίνδυνος πρόκλησης καρκίνου από την ακτινοβολία είναι τουλάχιστον 100 φορές μικρότερος, ενώ η μείωση της θνησιμότητας που προσφέρει η μαστογραφία μέσω της έγκαιρης διάγνωσης μπορεί να φτάσει έως και το 40-50%.

Με άλλα λόγια, ο προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία μειώνει στο μισό περίπου τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού, αυξάνοντας τον κίνδυνο πρόκλησης κακοήθειας μόνο κατά 0,1%. Συνεπώς, θα μπορούσε να πει κανείς ότι πρακτικός κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας δεν υπάρχει. Με τα σημερινά μηχανήματα χαμηλής δόσεως ακτινοβολίας, ο πρακτικός κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας είναι αμελητέος, ειδικά αν σκεφθεί κανείς το όφελος που προκύπτει.

Μπορεί να τεκνοποιήσει μια γυναίκα σήμερα, αν έχει θετικά γονίδια για καρκίνο του μαστού;

Βεβαίως. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε μία γυναίκα με μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1&2 είναι μεν υψηλότερος, αλλά είναι «διά βίου κίνδυνος». Αυτό σημαίνει ότι η πιθανότητα 75-80% προσεγγίζεται στη γυναίκα κατά τη διάρκεια μιας «πλήρους ζωής», στην ηλικία των 80 ετών. Μέχρι τότε, ο κίνδυνος είναι πάντοτε υψηλότερος από τον γενικό πληθυσμό και αυξάνεται αθροιστικά κάθε χρόνο. Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με το καρκίνο των ωοθηκών. Έτσι, μια γυναίκα 25-30 ετών έχει μεν υψηλότερο κίνδυνο, ο οποίος όμως είναι ακόμη αρκετά μικρός. Αυτό που συστήνουμε σε αυτές τις γυναίκες είναι, εάν είναι δυνατόν, να ολοκληρώσουν τον οικογενειακό τους προγραμματισμό νωρίς στη ζωή τους, σε νεαρή ηλικία, ώστε μετά να μπορούν ελεύθερα να αποφασίσουν για τη λήψη προληπτικών μέτρων μείωσης του κινδύνου, όπως η προφυλακτική μαστεκτομή ή/και η ωοθηκεκτομή. Π.χ. γνωρίζουμε ότι η ωοθηκεκτομή σε ηλικία κάτω των 35 ετών, μειώνει σημαντικά και την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Υπάρχει κάτι καινούργιο στο χώρο της πρόληψης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού;

Στο χώρο της πρόληψης, μεγάλη πρόοδος γίνεται στην εξέλιξη των απεικονιστικών μέσων για την επίτευξη της λεγόμενης «δευτερογενούς πρόληψης», δηλαδή της έγκαιρης

διάγνωσης ενός καρκίνου στο μαστό σε πρώιμο στάδιο, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ίασης. Βελτιωμένοι ψηφιακοί μαστογράφοι με Τομοσύνθεση 3ης γενιάς, 4D υπερηχογράφοι με ελαστογραφία και προηγμένη Μαγνητική Μαστογραφία, μας δίνουν σήμερα τη δυνατότητα να διαγνώσουμε καρκίνους σε μέγεθος ακόμη και 4-5 χιλιοστών. Στο χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού έχουν πράγματι υπάρξει τα τελευταία χρόνια σημαντικές εξελίξεις σε όλες τις μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στη Χειρουργική ειδικότερα, θα ξεχωρίζα την καθιέρωση της τεχνικής του Φρουρού Λεμφαδένα και των τεχνικών Ογκοπλαστικής Χειρουργικής. Η διερεύνηση της μασχάλης με την τεχνική του φρουρού λεμφαδένα έδωσε τη δυνατότητα στις περισσότερες περιπτώσεις να αποφεύγουμε τη ριζική αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, κάτι που ήταν παλαιότερα ο κανόνας για να διαπιστώσουμε εάν ο όγκος έχει προχωρήσει στη μασχάλη. Μία εγχείρηση όμως που προκαλούσε σε μεγάλο ποσοστό ασθενών πρήξιμο του χεριού (λεμφοίδημα) και ακαμψία του ώμου. Σήμερα, στις περισσότερες ασθενείς, ακόμη και αν 1 ή 2 λεμφαδένες - φρουροί περιέχουν καρκινικά κύτταρα, ο λεμφαδενικός καθαρισμός μπορεί να μην είναι απαραίτητος και έτσι αποφεύγουμε τις παρενέργειές του που είχαν σημαντική επίπτωση στην καθημερινότητα της ασθενούς.

Τελευταία γίνονται πολλές ογκοπλαστικές επεμβάσεις...

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού επιτυγχάνεται με επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και αποφυγή της μαστεκτομής, αφαιρώντας τοπικά τον όγκο επί «υγιών ορίων». Αρκετές όμως φορές, λόγω της θέσης ή του μεγάλου μεγέθους του όγκου σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, μπορεί να προκληθεί αρκετού βαθμού δυσμορφία. Την απάντηση σε αυτό το πρόβλημα ήρθαν να δώσουν οι «ογκοπλαστικές τεχνικές» στις οποίες γίνεται συνδυασμός της ογκολογικής χειρουργικής επέμβασης με τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής, επιτυγχάνοντας έτσι ένα «σωστό» ογκολογικά και καλό «αισθητικά» τελικό αποτέλεσμα.

Οι τεχνικές αυτές είτε χρησιμοποιούν το μαζικό αδένα που απομένει για την αναπλήρωση του κενού που δημιουργείται από την αφαίρεση του όγκου, είτε χρησιμοποιούν μεταφορά ιστού από άλλο σημείο του σώματος (π.χ. μη μαζί με λίπος και δέρμα από την πλάτη ή την κοιλιά) για την αποκατάσταση του μαστού.

Η επικράτηση τα τελευταία χρόνια της Ογκοπλαστικής Χειρουργικής έχει δώσει τη δυνατότητα διατήρησης του μαστού και άριστων αισθητικών αποτελεσμάτων σε όλο και περισσότερες ασθενείς. Αυτό επηρεάζει πολύ θετικά την ψυχολογία της ασθενούς, οδηγώντας σε πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τα αντι-οιστρογόνα φάρμακα ταμοξιφαιίνη και αρωματάση, για πόσο χρονικό διάστημα πρέπει να τα παίρνουν οι ασθενείς, σε σχέση με τον βαθμό του καρκίνου που είχαν;

Η Ταμοξιφαιίνη και οι Αναστολείς της Αρωματάσης είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με ορμονο-εξαρτώμενο καρκίνο του μαστού και η βασική διάρκεια της θεραπείας είναι τα 5 χρόνια. Η Ταμοξιφαιίνη ανταγωνίζεται τη δράση των οιστρογόνων στο μαστό, και είναι δραστικά τόσο σε προ-

Ημερίδα Prevention.

“Μάθε για τον καρκίνο του μαστού, σώσε τη ζωή σου”

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ
Κλινικός Μαστολόγος
Κλινικός Χειρουργός Πλαστικής Αιμάτων
Dr. Ελευθέριος Χειρουργικός Επιστήμονας Ε.Κ.Σ.Μ.

εμνηνοπαισιακές όσο και σε μετ-εμνηνοπαισιακές ασθενείς. Χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με ένα ανάλογο LHRH που προκαλεί παροδική, φαρμακευτική ωοθηκτομή. Τα φάρμακα της οικογένειας των Αναστολέων Αρωματάσης - Αναστοζόλη, Λετροζόλη και Εξεμεστάνη, αναστέλλουν την παραγωγή οιστρογόνων σε μετ-εμνηνοπαισιακές γυναίκες και έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο δραστικά από την Ταμοξιφαιίνη. Σε γυναίκες που έχουν υψηλότερο κίνδυνο επανεμφάνισης της νόσου, η ορμονο-θεραπεία επεκτείνεται έως και 10 χρόνια, είτε μόνον με Ταμοξιφαιίνη είτε συνδυάζοντας έναρξη θεραπείας με Ταμοξιφαιίνη και στη συνέχεια χορήγηση ενός Αναστολέα Αρωματάσης.

Υπάρχει τρόπος να αποφύγουν οι ασθενείς την κύρια παρενέργεια των φαρμάκων αυτών που είναι η οστεοπενία και οστεοπόρωση;

Όσον αφορά στην Ταμοξιφαιίνη δεν υπάρχει πρόβλημα, γιατί αντίθετα με τους Αναστολείς της Αρωματάσης, η Ταμοξιφαιίνη συμβάλλει στην υγεία των οστών, ειδικότερα στις μετ-εμνηνοπαισιακές γυναίκες. Σημειωτέον, μία παραλλαγή της, η Ραλοξιφαιίνη, είναι φάρμακο για την οστεοπόρωση. Απλά θα πρέπει να φροντίζουμε, όπως άλλωστε και σε όλες τις γυναίκες, να υπάρχουν στον οργανισμό φυ-

σιολογικά επίπεδα ασβεστίου και βιταμίνης D. Με τους Αναστολείς της Αρωματάσης όμως, πράγματι υπάρχει θέμα και είναι μια παρενέργεια που έχει μελετηθεί ευρύτατα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκτός από ασβέστιο και Vit-D, χορηγούμε διφωσφορικά άλατα ή μονοκλωνικά αντισώματα (δενουσομάμπη) που θεραπεύουν την οστεοπόρωση.

Σημειωτέον, ότι έχει αποδειχθεί πως αυτά τα φάρμακα προστατεύουν επιπλέον και από την ανάπτυξη μεταστάσεων. Πριν από την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής σε μία μετ-εμνηνοπαισιακή ασθενή με ορμονο-ευαίσθητο καρκίνο του μαστού, ο θεράπων ιατρός θα αξιολογήσει την υγεία των οστών (μέτρηση οστικής πυκνότητας) και ανάλογα με τα στοιχεία της νόσου -οι Αναστολείς Αρωματάσης έχουν υψηλότερη θεραπευτική αποτελεσματικότητα- θα επιλέξει μεταξύ Ταμοξιφαιίνης ή Αναστολέα Αρωματάσης, πιθανόν να ακολουθήσει το πρωτόκολλο θεραπείας που αρχίζει με Ταμοξιφαιίνη και συνεχίζει μετά 2-3 χρόνια με Αναστολέα Αρωματάσης ή θα χορηγήσει υποστηρικτική αγωγή για πρόληψη της οστεοπόρωσης.

Θεωρείται απαραίτητο οι ασθενείς να κάνουν το τεστ Oncotype DX®; Τι προσφέρει στην αντιμετώπιση της ασθενούς;

Αρχικά να διευκρινίσουμε ότι η εξέταση Oncotype DX® αφορά μόνον ασθενείς με HER2-αρνητικό, ορμονο-εξαρτώμενο καρκίνο του Μαστού (όγκος με θετικούς Ορμονικούς Υποδοχείς). Το Oncotype DX® είναι ένα πολυγενετικό test που, βασισμένο στη γονιδιακή έκφραση του όγκου, μας εκτιμά το βιολογικό του δυναμικό. Μας εκτιμά δηλαδή πόσο επιθετικός είναι ο όγκος και τι πιθανότητες υπάρχουν για να αναπτυχθούν μεταστάσεις μέσα στα επόμενα 10 χρόνια από τη διάγνωση. Τα αποτελέσματά του εκφράζονται με έναν αριθμό, το Recurrence Score, που κυμαίνεται από 1-100. Η σημαντικότερη όμως προσφορά του είναι ότι, μετά από εκτενή τεκμηρίωση σε πολλαπλές και μεγάλες κλινικές μελέτες τα τελευταία 15 χρόνια, μας λέει κατά πόσον η συγκεκριμένη ασθενής με το συγκεκριμένο όγκο θα ωφεληθεί ή όχι από τη προσθήκη Χημειοθεραπείας πριν να αρχίσει την Ορμονοθεραπεία που θα λάβει ούτως ή άλλως. Αυτό οδηγεί σε εξατομικευση της θεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού και έτσι αποφεύγεται η χορήγηση χημειοθεραπείας σε ασθενείς που δεν θα έχουν κάποιο όφελος από αυτήν, αλλά εάν τους χορηγηθεί θα υφίσταντο μόνον όλες τις γνωστές παρενέργειες και επιπτώσεις της χημειοθεραπείας.

Με τα αποτελέσματα των τελευταίων μελετών, η χρήση του Oncotype DX® ενδείκνυται σε ασθενείς με όγκους μεγαλύτερους από 0,5 εκ. και αρνητικούς ή έως και 3 θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες. Επί μέρους αναλύσεις, εξατομικεύουν περισσότερο την εκτίμηση του αποτελέσματος όσον αφορά την ένδειξη χορήγησης ή αποφυγής της χημειοθεραπείας, ανάλογα με την ηλικία / εμμηνορρυσιακή κατάσταση της ασθενούς.

Θεωρώ ότι όλες οι ασθενείς των οποίων η νόσος εμπίπτει στις ενδείξεις, θα πρέπει ο όγκος τους να αναλύεται με Oncotype DX®, διότι η αποφυγή μιας τοξικής θεραπείας όπως είναι η Χημειοθεραπεία, εφόσον δεν πρόκειται να προσφέρει κάποιος όφελος στην πορεία της νόσου, είναι πάρα πολύ σημαντική υπόθεση κυρίως για την ασθενή, αλλά και επέκταση και για το σύστημα Υγείας και το κόστος αντιμετώπισης του καρκίνου.

Ποιο είναι το κύριο μήνυμα που θα θέλατε να περάσετε στις γυναίκες που ανησυχούν για τον καρκίνο του μαστού;

Πρόκειται για έναν καρκίνο που σήμερα είναι δυναμικά ιάσιμος, αρκεί να διαγνωσθεί νωρίς, σε αρχικό στάδιο. Ο ετήσιος έλεγχος με ψηφιακή μαστογραφία θα πρέπει να μπαίνει στο πρόγραμμα των γυναικών μετά την ηλικία των 40 ετών, ιδιαίτερα εκείνων που έχουν παράγοντες κινδύνου και κυρίως θετικό ιστορικό στην οικογένειά τους. Θα πρέπει να βλέπουν έναν εξειδικευμένο στο μαστό ιατρό, ο οποίος, έχοντας μία συνολική εικόνα, θα τους κατευθύνει πώς ακριβώς πρέπει να παρακολουθούνται. Παράλληλα, θα ήταν χρήσιμο να ακολουθούν έναν τρόπο ζωής, που μειώνει τους παράγοντες κινδύνου, όπως σωματική άσκηση, αποφυγή παχυσαρκίας, χρήση οιστρογόνων και κατάχρησης αλκοόλ, εγκυμοσύνης και θηλασμός σε νεαρή ηλικία. Κυρίως όμως να μην φοβούνται να κάνουν προληπτικό έλεγχο!

Ο φόβος δεν αποτρέπει την ανάπτυξη ενός καρκίνου στο μαστό, ενώ η πρώιμη διάγνωση προσφέρει ευκολότερη και επιτυχή αντιμετώπιση, διατήρηση του μαστού και άριστη πρόγνωση για τη συνέχεια της ζωής τους.