

Πρόληψη, πρόγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Σταμάτης Βασίλαρος

Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ευχαριστώ για τα ωραία λόγια, τιμή μου που είμαι εδώ σήμερα και που με καλέσατε να πάρω μέρος σ' αυτή τη σειρά εκδηλώσεών σας.

Το θέμα με το οποίο θα ασχοληθούμε σήμερα, απασχολεί όλη την κοινωνία μας. Μιλάμε για τον καρκίνο του μαστού. Σπάνια θα βρεθεί οικογένεια, την οποία η νόσος δεν έχει αγγίξει.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε γυναίκες 40 με 50 ετών. Στην Αμερική τώρα, είναι η δεύτερη αιτία θανάτου. Σαν πρώτη, είναι οι παθήσεις που έχουν σχέση με το κάπνισμα, όπως οι καρδιοαναπνευστικές παθήσεις. Εκεί οι γυναίκες ήδη έχουν αρχίσει να πληρώνουν το τίμημα της καπνιστικής συνήθειας, που με τόσο φανατισμό είχαν υιοθετήσει.

Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στον τόπο μας, αυξάνει με ένα πάρα πολύ γρήγορο ρυθμό, της τάξεως του 4% περίπου ετησίως, είναι συχνότερη σε γυναίκες υψηλού βιοτικού επιπέδου και τέλος το μόνο ελπιδοφόρο μήνυμα, αλλά πάρα πολύ σημαντικό, είναι ότι παρατηρείται ελάττωση της θνησιμότητας, εκεί που η διάγνωση έγινε με μαστογραφία. Αυτό είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό νέο.

Παλαιότερα, υπολογίζονταν ότι μια στις δεκαπέντε γυναίκες, θα παρουσίαζαν καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτή η σχέση ατυχώς δεν υπάρχει πια. Εδώ στην Ελλάδα υπολογίζομε ότι μια στις δέκα γυναίκες θα παρουσιάσει καρκίνο στο μαστό της κατά τη διάρκεια της ζωής της και με το ρυθμό που εξελισσόμαστε και πάμε να ενταχθούμε στο βόρειο ευρωπαϊκό ή αμερικανικό πολιτισμό, διεκδι-

κούμε να τους πλησιάσουμε, όπου εκεί πλέον μια στις οκτώ γυναίκες, θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό.

Ποιες είναι όμως αυτές οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν καρκίνο στο μαστό τους; Μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε ειδική ομάδα αυξημένου κινδύνου; Εάν προσπαθήσουμε να καταγράψουμε όλους τους πιθανούς σημαντικούς και δευτερεύοντες επιβαρυντικούς παράγοντες, δημιουργείται ένας πάρα πολύ μακρύς κατάλογος, βάση του οποίου θα ήταν αδύνατον ο διαχωρισμός της επικίνδυνης ομάδας.

Παραθέτω λοιπόν έναν κατάλογο των κυριότερων επιβαρυντικών παραγόντων, όπως είναι το ιστορικό του καρκίνου του άλλου μαστού, η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, οι καλοήθεις παθήσεις και διάφοροι ενδοκρινικοί παράγοντες, όπως η πρώιμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, ο πρώτος τοκετός μετά την ηλικία των 35, μικρός αριθμός εγκυμοσύνων, απουσία θηλασμού, εξωγενείς ενδοκρινείς, διαιτητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Απ' αυτό τον κατάλογο ιδιαίτερα πρέπει να αναφερθούμε στην πρώτη ομάδα που αφορά γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αυτές έχουν έναν κίνδυνο που αυξάνει 1% τον χρόνο, για δεκαπέντε με δεκαεπτά χρόνια και μετά η καμπύλη παραμένει υψηλή για την υπόλοιπη ζωή τους. Αυτή αποτελεί μια ξεχωριστή ομάδα.

Το ερώτημα όμως που τίθεται από μια υγιή γυναίκα, είναι ποιός είναι ο κίνδυνος που αυτή διατρέχει να εμφανίσει τη νόσο; Αξιολογώντας επομένως τους διαφόρους επιβαρυντικούς παράγοντες, που πιθανά έχει μια γυναίκα, θα πρέπει να δώσουμε μια απάντηση, εάν ο κίνδυνός της είναι αυξημένος ή όχι.

Μόνο εάν πείσουμε τη γυναίκα πως έχει αυξημένο κίνδυνο, θα δεχθεί να ενταχθεί σε πρόγραμμα παρακολούθησης με κλινική εξέταση, μαστογραφίες, υπερηχογραφήματα και άλλες εξετάσεις, ή ακόμα και να δεχθεί ορισμένες προληπτικές παρεμβάσεις που καμιά φορά θεωρούνται υπερβολικές, όπως αμφοτερόπλευρος υποδόριος μαστεκτομή με αποκατάσταση και άλλα.

Ο Gail και συνεργάτες, θέλοντας να είναι πιο πρακτικοί επί του θέματος, ξεχώρισαν πέντε επιβαρυντικούς παράγοντες, που πιστεύουν ότι είναι οι σημαντικότεροι: Η ηλικία, η ηλικία εμμηναρχής, ο αριθμός βιοψιών του μαστού, η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό και ο αριθμός των συγγενών πρώτου βαθμού συγγένειας με καρκίνο του μαστού.

Αξιολογώντας κάθε ομάδα ξεχωριστά, αρχίζοντας από την ηλικία, παρατηρούμε ότι αν έχουμε ένα μεγάλο αριθμό γυναικών με καρκίνο του μαστού και τις κατατάξουμε κατά ηλικία, οι περισσότερες είναι στην ηλικία περί τα 50.

Αυτή είναι μια ψευδής εντύπωση. Ο πραγματικός κίνδυνος σε σχέση με την ηλικία της γυναίκας, είναι ότι όσο μεγαλώνει μια γυναίκα, τόσο ο κίνδυνος αυξάνει. Επομένως οι 80άρες, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις 70άρες κ.ο.κ.

Σε ορισμένες χώρες του κόσμου όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος όπως είναι στη βόρειο Ευρώπη, στη Σουηδία, στη Δανία, στη Φιλανδία, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει παράλληλα με την ηλικία.

Σε άλλες όμως χώρες, όπου ο καρκίνος του μαστού είναι σπανιότερος, βλέπουμε ότι μετά τα 50 υπάρχει μια πτωτική καμπύλη της επίπτωσης της νόσου.

Όσον αφορά την εμμηναρχή, εάν μια γυναίκα έχει εμμηναρχή στα 14 και μετά, ο κίνδυνος είναι η μονάδα. Εάν όμως έχει εμμηναρχή σε ηλικία κάτω των 12, τότε η μονάδα γίνεται 1,2.

Ο αριθμός βιοψιών είναι επίσης σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας. Αλλά εδώ θέλω να τονίσω ότι, βιοψίες εννοούμε εκείνες που έγιναν μετά από μεγάλο προβληματισμό του γιατρού. Ο γιατρός για να συστήσει αυτές τις βιοψίες έχει ανησυχήσει, φοβούμενος ότι η ασθενής πιθανώς να έχει και καρκίνο.

Εάν επομένως μια γυναίκα κάτω των 50 έχει κάνει δυο ή περισσότερες βιοψίες, τότε ο κίνδυνός της σχεδόν τριπλασιάζεται, ενώ σε μεγαλύτερη γυναίκα αυξάνει μεν, αλλά όχι τόσο εντυπωσιακά.

Σημασία έχει όμως, εάν οι βιοψίες θα δείξουν ατυπία. Σ' αυτές τις βιοψίες με ατυπίες, ανάλογα με τις διάφορες μελέτες βλέπουμε ότι ο κίνδυνος μπορεί να γίνει και 13 φορές περισσότερο από το συνήθη.

Το οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του μαστού σε άτομα πρώτου βαθμού συγγένειας, όπως μητέρα και αδελφή, είναι πολύ σημαντικός παράγοντας. Εάν οι συγγενείς παρουσίασαν τον καρκίνο προεμμηνοπαυσιακά, τότε ο κίνδυνος τριπλασιάζεται, ενώ πενταπλασιάζεται εάν οι συγγενείς παρουσίασαν αμφοτερόπλευρο καρκίνο. Εάν όμως παρουσίασαν αμφοτερόπλευρο καρκίνο αλλά ήταν και σε προεμμηνοπαυσιακή περίοδο, τότε ο κίνδυνος γίνεται εννέα φορές περισσότερο.

Αυτό όμως δεν συμβαίνει εάν η ασθενής συγγενής ήταν μεγάλη και μεταεμμηνοπαυσιακή. Τότε ο κίνδυνος απλώς γίνεται 1,5. Επομένως, σημασία έχει η ηλικία της συγγενούς.

Είναι κληρονομούμενος ο καρκίνος του μαστού; Μόνο ένα 5% επί του συνόλου των καρκίνων, είναι δυνατόν να θεωρηθούν κληρονομούμενοι. Εάν πάρουμε όμως τις γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού στην προεμμηνοπαυσιακή τους ζωή, τότε το ποσοστό του πιθανώς κληρονομούμενου καρκίνου είναι 11,5%.

Τα χαρακτηριστικά του κληρονομούμενου καρκίνου είναι, ότι εμφανίζεται σε μικρή ηλικία, είναι συχνά αμφοτερόπλευρος και υπάρχει μια κάθετη μετάδοση από την μητέρα προς την κόρη και τον γιό.

Από τότε που βρέθηκε και μελετάται το αλλοιωμένο γονίδιο BRCA I και II, σε καρκίνο του μαστού, έδωσε μια μεγάλη ώθηση στη μελέτη του κληρονομούμενου καρκίνου. Υπολογίζεται ότι γυναίκες που είναι φορείς του αλλοιωμένου αυτού γονιδίου έχουν ένα 85% κίνδυνο να παρουσιάσουν τη νόσο.

Ο κίνδυνος του οικογενειακού καρκίνου ελαττώνεται όσο οι γυναίκες πλησιάζουν την ηλικία των 50 ετών. Ας πάρουμε για παράδειγμα

μια οικογένεια όπου η προγιαγιά είχε καρκίνο του μαστού στα σαράντα της και γέννησε δυο κόρες και ένα γιο. Η μια κόρη που παρουσίασε καρκίνο μαστού, γέννησε δυο κόρες, που και οι δυο είχαν καρκίνο του μαστού. Η μεν μια γέννησε μια κόρη που είναι 25 ετών και η άλλη ένα γιο και μια κόρη, που είναι 51 ετών. Και οι τρεις αυτοί απόγονοι είναι υγιείς, αλλά ποιος είναι ο κίνδυνος που διατρέχουν; Η εγγονή που είναι 25 ετών, έχει όλο τον κίνδυνο μπροστά της μέχρις ότου γίνει 50, ενώ η εξαδέλφη της που ήδη είναι 51 ετών, έχει μηδενίσει σχεδόν τον κίνδυνο να εμφανίσει κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού.

Από τις δικές μας περιπτώσεις, μια οικογένεια όπου η γιαγιά είχε αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού, γέννησε τέσσερις κόρες. Οι τρεις παρουσίασαν καρκίνο του μαστού. Η μεν μια είχε αμφοτερόπλευρο και οι άλλες δυο από τον ένα μαστό. Μια εγγονή και ένας εγγονός έκαναν καρκίνο του μαστού. Βλέπουμε λοιπόν ότι το αλλοιωμένο γονίδιο, μεταβιβάζεται και στους άνδρες, και στη συνέχεια μεταβιβάζεται και στους απογόνους τους. Έτσι έχουμε και τον καρκίνο του μαστού των ανδρών, που είναι βέβαια σπάνιος. Ένας καρκίνος μαστού άνδρα, αντιστοιχεί σε εκατό καρκίνους μαστού γυναικών.

Εάν υπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, τότε όλοι οι άλλοι παράμετροι επιβαρύνονται. Υπάρχει μια συνεργιακή επίδραση. Εάν μια κοπέλα είχε πρόωμη εμμηναρχή και έχει οικογενειακό ιστορικό τότε αυτή κινδυνεύει περισσότερο κ.ο.κ.

Μια από τις επιδημιολογικές παρατηρήσεις, αναφέρει ότι άτεκνες γυναίκες έχουν κίνδυνο 1,4 φορές υψηλότερο από τις αντίστοιχες πολύτεκνες, όσον αφορά την εμφάνιση της νόσου.

Συσχετίζοντας όμως την ηλικία της γυναίκας με τον πρώτο τοκετό βρέθηκε ότι όσες γυναίκες γέννησαν προ των είκοσι, ελάττωσαν τον κίνδυνο κατά το 1/2. Εάν όμως ο πρώτος τοκετός είναι καθυστερημένος, τότε ο κίνδυνος αυξάνει συγκριτικά με την αντίστοιχη άτεκνο. Δηλαδή εάν μια γυναίκα δεν έχει γεννήσει, είναι καλύτερα να μην γεννήσει καθόλου, παρά να γεννήσει καθυστερημένα.

Μια άλλη παρατήρηση αναφέρει ότι εάν προ του πρώτου τοκετού προηγήθηκαν αποβολές ή εκτρώσεις κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, τότε ο κίνδυνος αυξάνει. Όλα αυτά βέβαια εξηγούνται με την έκκριση των οιστρογόνων κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Εάν συνδυάσουμε αυτές τις πληροφορίες, μπορούμε τότε να πούμε σε μια γυναίκα, ποιός είναι ο κίνδυνος που διατρέχει. Εάν για παράδειγμα μια γυναίκα έχει εμμηναρχή μετά την ηλικία των 14 ετών, δεν έχει κάνει βιοψίες, γέννησε κάτω των 20 και δεν έχει οικογενειακό ιστορικό, τότε ο κίνδυνός της παραμένει μονάδα.

Εάν μια άλλη γυναίκα, ας πούμε 54 ετών, έχει εμμηναρχή στα 15, έχει υποστεί μια βιοψία στο παρελθόν, είναι άτεκνη και η αδελφή της έχει καρκίνο του μαστού, τότε ο κίνδυνός της γίνεται τρεισήμισι φορές περισσότερο. (βλ. αμέσως επόμενο πίνακα)

Βρείτε τον προσωπικό σας σχετικό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού

Παράγοντες κινδύνου	Σχετικός κίνδυνος
A. Ηλικία εμμηναρχής	
>14	1.000
12-13	1.099
<12	1.207
B. Αριθμός βιοψιών	
Ηλικία <50	
0	1.000
1	1.698
>2	2.882
Ηλικία >50	
0	1.000
1	1.273
>2	1.620

Γ. Ηλικία τοκετού	Αρ. α' συγγ. με Ca μαστού	
<20	0	1.000
	1	2.607
	>2	6.798
20-24	0	1.244
	1	2.681
	>2	5.775
25-29 ή άτεκνες	0	1.548
	1	2.756
	>2	4.907
>30	0	1.927
	1	2.834
	>2	4.969

Από κάθε ομάδα Α,Β,Γ, βρείτε ποιος είναι ο σχετικός σας κίνδυνος και πολλαπλασιάζοντας αυτούς τους αριθμούς μεταξύ τους έχετε τον προσωπικό σας σχετικό κίνδυνο.

> : μεγαλύτερο από...

< : μικρότερο από...

> : ίσο ή μεγαλύτερο από....

Αλλά ποιά είναι η φυσική ιστορία αυτής της νόσου για την οποία μιλάμε; Από την στιγμή που το πρώτο κύτταρο υπέστη μετάλλαξη, μέχρις ότου φθάσει να γίνει ογκίδιο με διάμετρο ενός εκατοστού, μπορεί να περάσουν περίπου έξι έως οκτώ χρόνια.

Βλέπουμε ότι η ιστορία της νόσου είναι πολύ μεγάλη, πολύχρονη και δεν υπάρχει κανένας λόγος πανικού. Αυτό που βλέπουμε και ακούγεται, ά! έχεις καρκίνο του μαστού, αύριο να χειρουργηθείς, ή χθες έπρεπε να χειρουργηθείς, προσφέρει μόνο πανικό. Θα πρέπει να είμαστε ψύχραιμοι, να αξιολογήσουμε τη νόσο και να μεθοδεύσουμε τον τρόπο που θα την αντιμετωπίσουμε.

Πριν γίνει ο καρκίνος ψηλαφητός, μπορούμε με μια σωστή διαγνωστική μέθοδο να βρούμε τη νόσο υποκλινικά. Να ξαφνιάσουμε εμείς τη νόσο πριν μας ξαφνιάσει αυτή.

Η πρώιμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική γιατί τα ποσοστά ίασης αυξάνουν. Εάν είχαμε τη δυνατότητα σύγκρισης δύο μαστογραφιών διαφορετικής χρονικής περιόδου μπορούμε να αντιληφθούμε πως ένα μαστογραφικό εύρημα ελαχίστων χιλιοστομέτρων αυξάνεται με σιγανό ρυθμό ώστε μετά από πάροδο δύο και τριών ετών να δώσει ένα ευκρινές εύρημα 1-2 εκ. Με το σωστό προληπτικό προγραμματισμό έχουμε άνεση μετά από μια σωστή διάγνωση να αντιμετωπίσουμε τις γυναίκες πρώιμα.

Η πρόληψη έχει δύο σκέλη. Την πρωτογενή και τη δευτερογενή.

Στην πρωτογενή πρόληψη μπορούμε να αφαιρέσουμε το γενεσιουργό αίτιο, ή να παρέμβουμε σε διάφορες παραμέτρους και να επηρεάσουμε τη δημιουργία της νόσου. Να δυσκολέψουμε το να γίνει καρκίνος του μαστού.

Η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, οι ορμόνες, η ακτινοβολία, η διατροφή, είναι θέματα που μπορούν να δεχθούν παρέμβαση.

Στη δευτερογενή πρόληψη, δεν μπορεί η γυναίκα να επηρεάσει παραμέτρους όπως, το φύλο, την ηλικία κ.ο.κ.

Προσπάθησαν να μάθουν εάν, εκτός απ' αυτή την προσπάθεια το να ζήσει υγιεινά μια γυναίκα, να μην καπνίζει, να περιορίσει την κακή χρήση ορμονών κ.ο.κ., είναι δυνατόν να υπάρξει πρόληψη χρησιμοποιώντας φάρμακα. Να κάνει δηλαδή μια χημειοπροφύλαξη. Συγκεκριμένα αξιολογείται η λήψη αντιοιστρογόνων για πρόληψη. Τρεις τέτοιες μελέτες εξελίσσονται, στην Αγγλία, Ηνωμένες Πολιτείες και Ιταλία, με συμμετοχή 20.000 γυναικών, που δεν έχουν καρκίνο μαστού, είναι υγιείς, αλλά εντάσσονται θεωρητικά σε ομάδα αυξημένου κινδύνου. Οι μισές απ' αυτές τις γυναίκες παίρνουν αντιοιστρογόνα, Tamoxifen και οι άλλες όχι. Η τελευταία αξιολόγηση που δημοσιεύθηκε, παρουσίασε πολύ

ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Παρατηρήθηκε μια μείωση του 45% εμφάνισης της νόσου, στην ομάδα εκείνη των γυναικών που έπαιρνε αντιοιστρογόνα. Επομένως κάποιο βήμα γίνεται στην πρωτογενή πρόληψη.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η κοινωνία μας είναι αρκετά ενημερωμένη, για την ανάγκη της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες γνωρίζουν ότι μόνο με την πρώιμη διάγνωση της νόσου, έχουν αυξημένη πιθανότητα ίασης.

Αυτή η γνώση προήλθε από σοβαρά ολοκληρωμένα προγράμματα μαζικού ελέγχου, όπου η διάγνωση έγινε πρώιμα με τη βοήθεια της μαστογραφίας. Σε αυτή την υποομάδα, η θνησιμότητα από τη νόσο ελαττώθηκε κατά 30%.

Η πρώιμη διάγνωση είναι το σημαντικότερο βήμα. Η δυνατότητα να προλάβουμε τη νόσο νωρίς στην κλινική της φάση, δηλαδή όταν υπάρχει ένα μικρό ψηλαφητό ογκίδιο, μια εισολκή του δέρματος, ή της θηλής, ή ένα αιμορραγικό έκκριμα, επιτυγχάνεται με την αυτοεξέταση. Πολλές φορές η νόσος είναι μπροστά μας και μπορούμε να τη δούμε.

Πρέπει να διδάξουμε τις γυναίκες να αυτοεξετάζονται, να βλέπουν το στήθος τους, να ανησυχούν και να ζητούν συμβουλές από το γιατρό.

Για να προλάβουμε όμως τη νόσο σε μια υποκλινική φάση, αυτό επιτυγχάνεται με μια καλή μαστογραφία, αρκετές φορές και με τη βοήθεια της υπερηχογράφησης. Στην υποκλινική φάση της νόσου, αναζητούμε συμπαγή αψηλάφητα ογκίδια, αποτιτανώσεις, ή ανωμαλία της αρχιτεκτονικής του μαστού.

Εάν επομένως η γυναίκα πετύχει να διαγνώσει τη νόσο σ' αυτή τη φάση, την πρώιμη φάση, είναι πολύ τυχερή και διεκδικεί ίαση σε πολύ μεγάλο ποσοστό. Σας δείχνω μια μαστογραφία, που η γυναίκα ήρθε για ένα έλεγχο και βρήκαμε αυτή την ανωμαλία. Μπορούμε και υπερηχογραφικά ακόμα, όλως τυχαίως, να βρούμε ένα μικρό καρκίνο. Πολλές φορές είναι τόσο μικρός που πρέπει να χρησιμοποιήσουμε φακούς και μεγεθυντικές τεχνικές, προκειμένου να εντοπίσουμε τη νόσο.

Με τη συχνότητα εφαρμογής του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου, διαγιγνώσκουμε όλο και περισσότερους αψηλάφητους καρκίνους. Έχει γίνει όμως κάποια πρόοδος; Λέμε στις γυναίκες να έρθουν να κάνουμε προληπτικό έλεγχο, αλλά ποιο είναι το κέρδος τους; Παλαιότερα, ή νωρίς ερχόταν ή καθυστερημένα, μια ήταν η θεραπευτική λύση: θα γινόταν μαστεκτομή. Επομένως δεν υπήρχε ένα πραγματικό κίνητρο για τη γυναίκα. Σήμερα όμως υπάρχει. Εάν έρθει νωρίς και διαγνώσουμε τον καρκίνο της πρώιμα, τότε, και η πιθανότητα ίασης είναι πάρα πολύ μεγάλη αλλά και εκείνη μπορεί να διαφυλάξει το μαστό της.

Η ακριβής ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη, για την περαιτέρω αντιμετώπισή της. Για να πάρουμε ιστό προς διάγνωση, αυτό γίνεται ή με μια ανοιχτή βιοψία, ή ακόμα και με ειδικά καθοδηγούμενο εργαλείο.

Πολλές φορές η νόσος είναι προδιηθητική, πριν ακόμα καν αρχίσει να κάνει διήθηση. Εάν μεν ο καρκίνος είναι προδιηθητικός λοβιακού τύπου, τότε εκτός από την αφαίρεση αυτής της περιοχής, δεν κάνουμε τίποτα άλλο, γιατί θεωρείται σαν δείκτης προδιαθεσιμότητας ή επικινδυνότητας, δεν θεωρείται καν καρκίνος.

Εάν όμως είναι ένα πορογενές προδιηθητικό καρκίνωμα, τότε μετά την ολική αφαίρεσή του, είναι δυνατόν να ακτινοβοληθεί ο μαστός και να μην θίξουμε καθόλου τη μασχάλη.

Το ενδιαφέρον εδώ είναι το ότι αρκετοί απ' αυτούς τους προδιηθητικούς πορογενείς καρκίνους, εάν δεν κάναμε τίποτα, δεν θα εξελίσσονταν ποτέ σε διηθητικούς. Αλλά αυτόν το διαχωρισμό δεν μπορούμε να τον κάνουμε.

Μεγάλη πρόοδος έχει γίνει στον εντοπισμό των αψηλάφητων παθολογικών ευρημάτων. Παλαιότερα ο χειρουργός βλέποντας τη μαστογραφία, υπολόγιζε σε ποιά περιοχή έπρεπε να κάνει βιοψία. Πολλές φορές το αφαιρούμενο κομμάτι ήταν μεγάλο, με πολύ κακά κοσμητικά αποτελέσματα.

Σήμερα γίνεται στερεοσκοπική εντόπιση της εστίας, τοποθετώντας με τη βοήθεια του μαστογράφου ή του υπερηχογράφου λεπτότατο σύρμα,

το οποίο μας οδηγεί για να βγάλουμε ένα πάρα πολύ μικρό κομματάκι του μαστού. Τελικά το κοσμητικό αποτέλεσμα είναι πάρα πολύ καλό.

Εμείς έχουμε κάνει ένα βήμα παραπάνω. Όταν στερεοσκοπικά εντοπίσουμε την εστία, στο σημείο εκείνο, ο πυρηνικός ιατρός ενίει ένα ελάχιστο ραδιοϊσοτοπικό υλικό. Το υλικό αυτό με τη βοήθεια του ανιχνευτή μάς βοηθάει αφενός μεν στο να επιλέξουμε ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος προσπέλασης, δηλαδή να κάνουμε την τομή στο μαστό ώστε να έχουμε καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, αφετέρου δε μετά την αφαίρεση αυτής της περιοχής, με τον ανιχνευτή θα πρέπει να έχουμε πλήρη σιγή. Επιβεβαιώνεται έτσι ότι έχει αφαιρεθεί εντελώς η παθολογία.

Πρόοδος όμως σημαντική έχει γίνει και στους χειρουργήσιμους καρκίνους του μαστού. Καταρχήν έχει αποδειχτεί ότι τα τελικά αποτελέσματα, μετά από μια ολική μαστεκτομή ή μια μερική μαστεκτομή με ακτινοβολία του υπολειπόμενου μαζικού αδένου, είναι τα ίδια. Πολύ μεγάλη σημασία έχουν τα χειρουργικά όρια του παρασκευάσματος, να είναι ελεύθερα νόσου.

Η πρόοδος έγκειται στην αντιμετώπιση της μασχάλης. Ο ολικός λεμφαγγειακός καθαρισμός παλαιότερα, ήταν μια συνήθης πράξη, αναπόσπαστος με την ολική ή τη μερική μαστεκτομή. Όμως πολλές φορές, είχαμε προβλήματα νοσηρότητας του ώμου και του χεριού, με οίδημα, πόνο κλπ. Σήμερα τα πράγματα έχουν αλλάξει. Υποστηρίζεται ότι εάν ο πρώτος λεμφαδένας της μασχάλης που καλούμε "φρουρό λεμφαδένα" είναι αρνητικός, τότε και οι υπόλοιποι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, σε ένα ποσοστό αρκετά μεγάλο που κυμαίνεται γύρω στο 97% και ως εκ τούτου δεν θα πρέπει να αφαιρούμε τους λεμφαδένες.

Για να έχουμε όμως τα καλύτερα αποτελέσματα ως προς την ανεύρεση και αξιολόγηση του φρουρού λεμφαδένα, χρειάζεται μια χειρουργική ομάδα με εμπειρία και ένα εργαστήριο, που θα ζητήσουμε να μας κάνει μια ταχεία βιοψία του φρουρού λεμφαδένα, όχι μόνο με ιστολογική, αλλά και με ανοσοϊστοχημική μέθοδο, προκειμένου να εντοπίσει ακόμα και μικρομεταστάσεις.

Για τον εντοπισμό του φρουρού λεμφαδένα γίνεται από τον πυρηνικό ιατρό ένεση ραδιενεργού υλικού στην περιοχή του όγκου. Παράλληλα με τη ραδιοϊσοτοπική μέθοδο, χρησιμοποιούμε και τη χρωματική. Στην αρχή του χειρουργείου γίνεται ένεση δίπλα στον όγκο και υποδόρια 2κ.εκ. Evans Blue, προκειμένου να χρωματιστεί ο “φρουρός λεμφαδένας”.

Μέσω μιας μικρής τομής και με τη βοήθεια ειδικού ανιχνευτή εντοπίζεται ο ήδη χρωματισμένος “φρουρός λεμφαδένας” που δίνεται για βιοψία. Εάν είναι θετικός, τότε προχωρούμε στο λεμφαγγειακό καθαρισμό. Εάν είναι αρνητικός, τότε έχουμε τη δυνατότητα να μην πειράξουμε τους υπόλοιπους λεμφαδένες, ή να γίνει ένας χαμηλός καθαρισμός, αποφεύγοντας τη δυσάρεστη νοσηρότητα της μασχάλης και του χεριού.

Αλλά και οι ασθενείς, στις οποίες η διάγνωση έγινε και βρέθηκαν μεγαλύτεροι και κάπως προχωρημένοι καρκίνοι, έχουν καλύτερη αντιμετώπιση σήμερα με τη βοήθεια της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Ορισμένοι απ' αυτούς τους ασθενείς που παλαιότερα θα απορρίπτονταν για χειρουργική επέμβαση, ή στην καλύτερη των περιπτώσεων θα αντιμετώπιζονταν με ολική μαστεκτομή, έχουν σήμερα πολύ καλύτερη τύχη.

Με την προεγχειρητική χημειοθεραπεία συνήθως οι όγκοι μικραίνουν, πολλές φορές δε εξαφανίζονται και η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί με συντηρητικότερες επεμβάσεις.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι με την προσπάθεια της πρωτογενούς πρόληψης είναι δυνατή η μείωση του κινδύνου. Αλλά και με τη βελτίωση των ήδη εφαρμοσμένων μεθόδων διάγνωσης, όλο και περισσότεροι καρκίνοι διαγιγνώσκονται σε προϋμότερα στάδια, δίνοντας τη δυνατότητα με τις βελτιωμένες μεθόδους αντιμετώπισης οι ασθενείς να διεκδικούν ίαση.

Ο θεραπευτικός προγραμματισμός, θα πρέπει να είναι εξατομικευμένος για κάθε ασθενή. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, η απόφαση έχει σταματήσει να είναι η απόφαση ενός ατόμου. Ο προγραμματισμός πρέ-

πει να είναι τέτοιος, ώστε σε περίπτωση αποτυχίας ενός σχήματος, να υπάρχει δυνατότητα εφαρμογής επόμενου κ.ο.κ.

Το Ογκολογικό Συμβούλιο όπου συμμετέχουν γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, μελετώντας τις διάφορες παραμέτρους της συγκεκριμένης αυτής ασθενούς, χαράσσει την πορεία της αγωγής και παρακολουθεί την περαιτέρω πορεία της.

Η ακτινοθεραπεία με το βελτιωμένο μηχανικό της εξοπλισμό, συμπληρώνει τη χειρουργική. Μια συντηρητική χειρουργική πράξη θα ήταν χωρίς αξία, εάν δεν είχε τη συμπληρωματική βοήθεια της ακτινοθεραπείας. Οι τοπικές υποτροπές της νόσου θα ήταν τόσο πολλές, που θα είχαμε επανέλθει στις παλιές ριζικές επεμβάσεις.

Μεγάλη όμως, σχεδόν καθημερινή θα τολμούσα να πω, πρόοδος παρατηρείται στη χημειοθεραπεία. Η προεγχειρητική της εφαρμογή, όπως είπα, βοηθά να μικρύνουν οι όγκοι και να μπορέσουμε να εφαρμόσουμε μικρότερες επεμβάσεις.

Παλαιότερα εμφανίζονταν μεταστάσεις στο 30% περίπου των γυναικών που είχαν καλές προϋποθέσεις, δηλαδή ο όγκος ήταν μικρός, οι ορμονικοί υποδοχείς ήταν θετικοί, οι λεμφαδένες ήταν αρνητικοί. Σ' αυτές δεν δίναμε χημειοθεραπεία.

Σήμερα όμως, ασθενείς ασχέτως ηλικίας, με αρνητικούς λεμφαδένες, αλλά με διάφορα κακής πρόγνωσης ευρήματα, όπως είναι το μέγεθος του όγκου, η αρνητικότητα των υποδοχέων, η θετικότητα διαφόρων δεικτών επιθετικότητας, μας δίνουν το δικαίωμα να καλύψουμε αυτές τις γυναίκες με χημειοθεραπεία οπότε το τελικό αποτέλεσμα είναι ελάττωση της θνησιμότητας και επιμήκυνση του ελεύθερου νόσου χρόνου.

Στην ορμονοθεραπεία είναι εντυπωσιακός ο ρυθμός εμφάνισης νέων ορμονικών σκευασμάτων, στοχεύοντας σε διάφορα σημεία του ορμονικού κύκλου. Παλαιότερα στους ορμονοεξαρτώμενους όγκους, η ωοθηκεκτομή και η επινεφριδεκτομή, πολύ δε παλαιότερα ακόμα και η υποφυσεκτομή, είχαν τη θέση τους.

Σήμερα η φαρμακευτική ωθηκεκτομή και η επινεφριδεκτομή είναι δυνατές, εάν τούτο ζητηθεί, με την απλή χορήγηση φαρμάκου.

Η ανοσοθεραπεία εφαρμόζεται περιορισμένα, αλλά είναι πιθανή η μελλοντική της ευρεία χρήση. Από πολλά χρόνια, γίνεται προσπάθεια διέγερσης του ανοσοποιητικού συστήματος με επιτυχία στα πειραματόζωα, αλλά στον άνθρωπο οι δοκιμές δεν επιτρέπονταν, λόγω έντονων παρενεργειών.

Σήμερα υπάρχουν βελτιωμένα εμβόλια, τα οποία αξιολογούνται σε πειραματικά πρωτόκολλα, σε διάφορα μέρη του κόσμου με ελπιδοφόρα αποτελέσματα.

Θέλω να αναφερθώ στο εμβόλιο, το οποίο εμείς χρησιμοποιούμε. Αυτό παρασκευάστηκε από την κα Αποστολοπούλου και τον καθηγητή της κ. Ian McKenzie στο πανεπιστήμιο της Μελβούρνης στην Αυστραλία και χρησιμοποιήθηκε ένα πεπτίδιο που βρίσκεται στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων, του οποίου η αντιγονική δράση αυξάνεται πάρα πολύ, εάν το ενώσουμε με έναν πολυσακχαρίτη. Τότε προκαλεί έντονη αντίδραση των T λεμφοκυττάρων, τα οποία θεωρούνται τα κύτταρα που σκοτώνουν τα καρκινικά.

Η πρώτη φάση έγινε στην Αυστραλία, σε πειραματόζωα, και η δεύτερη σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου με στόχο να αξιολογηθεί η τοξικότητα, να εντοπιστούν οι παρενέργειες και να βρεθεί η δοσολογία.

Το Δεκέμβριο του 1997, αρχίσαμε να εφαρμόζουμε ένα πρωτόκολλο, βεβαίως επικυρωμένο από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων. Σ' αυτό το πρωτόκολλο γίνονταν δεκτές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και οι οποίες όλες έπαιρναν και παίρνουν ορμονικό χειρισμό, με αντιοιστρογόνα. Οι μισές απ' αυτές έπαιρναν και το εμβόλιο, οι άλλες όχι. Μετά από πέντε χρόνια - έχουν περάσει μόνο τρία - θα έχουμε κάποια πληροφορία εάν το εμβόλιο απέδωσε ή όχι. Εάν έχουμε θετική ανταπόκριση το πρόγραμμα θα εφαρμοστεί σε περισσότερες ασθενείς, με τελικό στόχο, να εφαρμοστεί στη φάση του προληπτικού εμβολιασμού, αλλά βέβαια αυτά είναι ελπίδες του μέλλοντος.

Δεν είναι λίγα αυτά που έχουν επιτευχθεί, αλλά δεν είναι και αρκετά. Η πρόληψη πρέπει να είναι δυνατή με φάρμακα ή με ανοσοβιολογικούς τρόπους, όπως εμβόλια κ.λπ. Η βελτίωση των διαγνωστικών μέσων χρησιμοποιώντας την ψηφιακή τεχνολογία, τη μαγνητική τομογραφία και άλλα, θα προσφέρουν μεγαλύτερη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης. Επίσης τα φάρμακα βελτιωμένα να είναι επιλεκτικά για τα καρκινικά κύτταρα, με λιγότερες παρενέργειες στα καλοήγη κύτταρα.

Πάντα υπάρχει το θέμα της λήψεως των ορμονών από τις γυναίκες σε τρεις περιπτώσεις: Η μεν μια είναι η αντισύλληψη, η άλλη είναι η περιεμμηνοπαυσιακή φάση της ζωής τους και η τρίτη η προσπάθεια να τις βοηθήσουμε να συλλάβουν.

Οποτεδήποτε γίνεται χρήση ορμονικών παρασκευασμάτων, θα πρέπει να παίρνεται λεπτομερές ιστορικό της ασθενούς και εάν στο οικογενειακό ιστορικό υπάρχει καρκίνος μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού και μάλιστα σε νέες, τότε καλό θα είναι να προχωρεί η γυναίκα ακόμα και σε γονιδιακό έλεγχο, προκειμένου να ελαττώσει την πιθανότητα κινδύνου ενίσχυσης της καρκινογένεσης.

Σας ευχαριστώ.