



Ενημέρωση, πρόληψη, τρόπος ζωής, άσκηση, διατροφή και διαγνωστικές μέθοδοι

Μέλη της Κοινωνίας αλλά και των Φορέων Υγείας (τόσο σε Κρατικό όσο και σε Ιδιωτικό επίπεδο), θα πρέπει να είναι και η ευαισθητοποίηση του κοινού με τη συνεχή ενημέρωση για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασιών γενικότερα, αλλά και του καρκίνου του μαστού ειδικότερα.

Είναι μείζονος σημασίας και ιδιαίτερου κοινωνικού ενδιαφέροντος η καθιέρωση μιας τέτοιας πραγματικότητας, διότι είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο μπορούμε να έχουμε μείωση της εμφάνισης και ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, αλλά και βέλτη μείωση της

θνησιμότητας του εάν το κοινό ενημερωθεί και ευαισθητοποιηθεί στο θέμα αυτό. Γίνεται αντιληπτό, ότι είναι πολύ σημαντικό να γίνει ενημέρωση για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση στον πληθυσμό, και στα δυο φύλα, σε γυναίκες και άνδρες δηλαδή, αφού και οι άνδρες νοσούν από καρκίνο του μαστού.

Η Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας (ΕΕΜ), της οποίας έχω την τιμή και τη χαρά να είμαι η Πρόεδρος της, επί 29 συναπτά έτη συμβάλει στην οργάνωση και πραγματοποίηση Ενημερωτικών Ημερίδων για το κοινό, για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με την ανάπτυξη του, υπάρχουν δύο τρόποι πρόληψης: α) Η πρωτογενής πρόληψη και β) Η δευτερογενής πρόληψη.

α) Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στηρίζεται σε μέτρα τα οποία μπορούμε να λάβουμε για να προστατεύσουμε τον οργανισμό μας από την ανάπτυξη καρκίνου μαστού και τέτοια είναι τα μέτρα που σχετίζονται με τη σωστή διατροφή, τη σωματική άσκηση και την ψυχική υγεία. Αντίθετα ευεργετικά οφέλη στην προστασία από τον καρκίνο του μαστού έχουν η κατανάλωση σπυριών, λαχανικών και φρούτων, η τακτική σωματική άσκηση καθώς και η αποφυγή παρατεταμένης ψυχικής έντασης, που έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν στην πρωτογενή πρόληψη.

β) Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη ισοδυναμεί με την έγκαιρη διάγνωση. Σημαντικός παράγοντας όταν αναπτυχθεί καρκίνος του μαστού είναι να διαγνωσθεί όσο το δυνατόν σε μικρότερο μέγεθος ή ακόμη καλύτερα σε μη διηθητική μορφή. Τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ίασης και επιβίωσης, η οποία φτάνει το 98 με 99% στις περιπτώσεις αυτές.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη διαγνωστική φαρέτρα των παθήσεων του μαστού και του καρκίνου του μαστού έχουμε στη διάθεση μας: α) την λήψη ιστορικού, β) την κλινική εξέταση, γ) τη μαστογραφία, δ) το υπερηχογράφημα των μαστών, ε) τη μαγνητική μαστογραφία, στ) την παρακέντηση και κυπαρολογική εξέταση και ζ) την βιοψία με χοντρή βελόνη και ιστολογική εξέταση.

Ασφαλώς η λήψη του ιστορικού δεν αντιστοιχεί επακριβώς σε διαγνωστική εξέταση, έχει όμως την ικανότητα να μας προσανατολίσει εάν αυτή η γυναίκα κατατάσσεται στην ομάδα του γενικού κινδύνου του πληθυσμού ή στην ομάδα των γυναικών αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Για να γίνει αντιληπτό το πέννο, θα σιαχυολογήσω μερικούς παράγοντες οι οποίοι δείχνουν μία αύξηση της πιθανότητας της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, όπως είναι η μεγαλύτερη ηλικία, η μικρή ηλικία στην εμφάνισή της πρώτης εμμηνου ρήσεως, η μεγαλύτερη ηλικία στον πρώτο τελειωμένο τοκετό και στην εμμηνόπαυση, η λήψη ορμονών για εξωσωματική γονιμοποίηση, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στην εμμηνόπαυση, διαπυκνικοί παράγοντες, χρησιμοποίηση χημικών προϊόντων, εξωτερική ακτινοβολία, παρατεταμένη ψυχική ένταση της γυναίκας από διάφορα γεγονότα και ασφαλώς μία προηγηθείσα

βιοψία στην οποία έχει διαπιστωθεί ατυπία. Αυτά τα στοιχεία μας κάνουν πιο προσεκτικούς, διότι κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου ότι αυτή η συγκεκριμένη γυναίκα έχει ενδεχομένως μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο του μαστού.

Στη συνέχεια περνάμε στην κλινική εξέταση, όπου έχουμε την επικόπηση και την ψηλάφηση των μαστών. Στην επικόπηση των μαστών, έχουμε τη γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω και παρατηρούμε την εξωτερική εμφάνιση των μαστών, το δέρμα, τις θηλές, την άλω και την καμπυλότητα των μαστών. Οποιαδήποτε ανωμαλία διαπιστωθεί καταγράφεται. Στη συνέχεια περνάμε στην ψηλάφηση των μαστών, όπου με την εσωτερική επιφάνεια των τεσσάρων δακτύλων μας κάνουμε κυκλικές κινήσεις σε όλα τα τεταρτημόρια του μαστού, στην αρχή με μία μικρή πίεση και στη συνέχεια με μία μεγαλύτερη πίεση, για να δούμε τι γίνεται και στο βάθος του μαστού. Δεν ξεχνάμε να ψηλαφήσουμε τις οπισθοθηλαίες περιοχές και τις μασοαλαίες όπου είναι οι λεμφαδένες του μαστού.

Σημαντική εξέταση είναι η μαστογραφία με την οποία ελέγχεται μαστογραφικά η εσωτερική κατασκευή του μαστού, η πυκνότητα του και τυχόν ανωμαλίες εάν έχουν αναπτυχθεί εντός αυτού. Είναι η πιο αξιόπιστη εξέταση για την ανακάλυψη των μικροαποπιπνώσεων. Η μαστογραφία έχει αυτή τη στιγμή δύο είδη, την ψηφιακή μαστογραφία και την ψηφιακή τομοσύνθεση στην οποία γίνονται τομές στον μαζικό ιστό και έχουμε πιο αναλυτική εικόνα. Την εξέταση αυτή την προτιμούμε στις περιπτώσεις πυκνών μαστών ή άτοκων γυναικών.

Άλλη εξέταση είναι το υπερηχογράφημα των μαστών το οποίο εκτελείται με ειδικού τύπου υπερηχογραφικά μηχανήματα, και έχει την ικανότητα να διαχωρίσει το κυστικό από το συμπαγές εύρημα και το καλοήθεο από το κακόηθεο. Συνδυάζεται πάντα με την κλινική εξέταση στις γυναίκες <35 χρόνων και στις γυναίκες >35 χρόνων συνδυάζεται με την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία.

Εάν όλες οι προηγούμενες εξετάσεις είναι αρνητικές μπορούμε να σταματήσουμε εδώ την εξέταση των μαστών. Εάν σε μία από τις τρεις εξετάσεις υπάρχει κάποια διαφοροποίηση ή κάποια υπόνοια, τότε μπορούμε να συμπληρώσουμε τον έλεγχο μας και με την μαγνητική μαστογραφία η οποία δεν έχει ακτινοβολία και δίνει πληροφορία από τελείως διαφορετική πηγή στην ύπαρξη κακοήθειας.

Εάν έχουμε οποιοδήποτε εύρημα ψηλαφητό μπορούμε να προβούμε σε παρακέντηση του και κυπαρολογική εξέταση. Εάν το εύρημα είναι μόνον ακτινολογικό και δεν ψηλαφάτε, ή βρίσκεται στο βάθος του μαστού, μπορούμε να το εντοπίσουμε με τον υπέρηχο και να προβούμε σε παρακέντηση με χοντρή βελόνη και ιστολογική εξέταση για να μπορέσουμε στη συνέχεια να αντιμετωπίσουμε ανάλογα με τα αποτελέσματά αυτά, τη γυναίκα.

Κλείνοντας, θα ήθελα να τονίσω ξανά τη σημασία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, η οποία τις περισσότερες φορές ισοδυναμεί με ίαση.



ΛΥΔΙΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΜΟΥΖΑΚΑ
Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος στην Ε.Ε. για τον καρκίνο του
μαστού και τα Κέντρα μαστού
Δ/ντης Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας
Email: lydiamouzaka@yahoo.gr



Επιλογή της χειρουργικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού κατέχει διεθνώς την 1η θέση κακοήθειας και τη 2η θέση θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στη γυναίκα.

Οι επιδημιολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι: Φυλετικοί, γενετικοί, ορμονικοί, κληρονομικοί, περιβαλλοντικοί, μια προηγηθείσα βιοψία και ψυχολογικοί. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αναφερθεί στο άλλο άρθρο μου «Πρόληψη και αντιμετώπιση για τον καρκίνο του μαστού».

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού αφορά την: **α)** Χειρουργική **β)** Ακτινοθεραπεία **γ)** Χημειοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία.

Η χειρουργική αντιμετώπιση αφορά την:

α) Ριζική χειρουργική που περιλαμβάνει την:

- ❖ Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή όπου μαζί με τον μαζικό αδένα αφαιρούνται και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, και
- ❖ Απλή μαστεκτομή όπου αφαιρείται ο μαστός και ο λεμφαδένας φρουρός.

β) Την συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση με:

- ❖ τμηματεκτομή,
- ❖ ογκεκτομή,
- ❖ ογκοπλαστική,
- ❖ λεμφαδένα φρουρό και +/- λεμφαδενικό καθαρισμό.

Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης στον καρκίνο του μαστού «Δεν είναι ONE SIZE επέμβαση» και πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη στην κάθε ασθενή και οπωσδήποτε θα πρέπει να έχει Ογκολογικό και Αισθητικό αποτέλεσμα. Η επιλογή του είδους της χειρουργικής επέμβασης για να μπορεί να είναι ογκολογικά αποδεκτή, θα πρέπει να μην αυξάνει το ποσοστό της τοπικής υποτροπής στη 10ετία, με τη χειρουργική επέμβαση που θα διαλέξουμε, πάνω από 1%.

Από την άλλη να ξεκαθαρίσουμε ότι η ανάπτυξη απομακρυσμένων μεταστάσεων είναι ανεξάρτητη της τοπικής υποτροπής.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις τις οποίες εκτιμούμε για να κάνουμε συντηρητική χειρουργική επέμβαση. Αυτές είναι:

- ❖ γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας
- ❖ όγκοι μικρού μεγέθους <2 εκ. έως και 3 εκ.
- ❖ σχέση μεγέθους όγκου με μέγεθος μαστού.

Δεν μπορούμε να κάνουμε συντηρητική επέμβαση σε ένα πολύ μικρό μαστό, εάν έχει ένα ογκίδιο 2,5-3εκ., εάν όμως ο μαστός είναι μεγάλος έχουμε τη δυνατότητα να το κάνουμε.

Σε μονοεσπακούς όγκους ή το πολύ διπλοεσπακούς, αλλά που είναι στο ίδιο τεταρτημόριο, μπορεί να γίνει συντηρητική επέμβαση, αλλά χρειάζεται η αντιμετώπιση να γίνει από έμπειρο μαστολόγο για να μην υπάρχει παραμόρφωση του μαστού. Τέλος η επιθυμία της ασθενούς και ο βαθμός συμμόρφωσης ασθενούς προς τη συντηρητική θεραπεία είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες.

Για να εκφράσει η ασθενής την επιθυμία της θα πρέπει να της εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια το τι έχει, σε τι είδους επέμβαση συστήνεται να υποβληθεί και να συμμετέχει η ίδια στη λήψη της απόφασης. Τέλος θα πρέπει να υπάρχει η γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς πριν το χειρουργείο.

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Υπάρχουν και οι απόλυτες αντενδείξεις για να μην γίνει μία συντηρητική χειρουργική επέμβαση και αυτές είναι:

- ❖ η πολυκεντρικότητα του όγκου,
- ❖ οι μεγάλοι όγκοι,
- ❖ η τοπική εκτεταμένη κακοήθεια,
- ❖ ο φλεγμονώδης καρκίνος,
- ❖ οι διάχυτες συρρέουσες μικροαποπιπνώσεις,
- ❖ η εγκυμοσύνη 1ου και 2ου τριμήνου,
- ❖ η γονιδιακή επιβάρυνση της γυναίκας,
- ❖ η προηγηθείσα ακτινοβολία του θωρακικού τοιχώματος και
- ❖ η νόσος του κολλαγόνου.

Το μήνυμά το οποίο θα πρέπει να κρατήσουμε είναι ότι, η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης δεν είναι “ONE SIZE” επέμβαση και θα πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη για την κάθε ασθενή και σύμφωνα πάντα με την επιθυμία της και την γραπτή της συγκατάθεση πριν το χειρουργείο.

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Στις σχετικές αντενδείξεις συμπεριλαμβάνονται:

- ❖ οι νέες γυναίκες,
- ❖ ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος και
- ❖ ο λοβιακός μη διηθητικός καρκίνος μαστού, επειδή και οι δύο μπορεί να έχουν πολυεσπακή ανάπτυξη,
- ❖ το βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό και
- ❖ η νόσος του Paget.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ειδικές καταστάσεις που θέλουν οκείνη είναι:

- ❖ το μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα του μαστού με διάχυτες μικροαποπιπνώσεις και
- ❖ οι διπλοεσπικοί όγκοι στο ίδιο τεταρτημόριο.

ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Είναι ο συνδυασμός του καλού αισθητικού αποτελέσματος με τη βέλτιστη ογκολογική εξαίρεση της βλάβης και σχετίζεται με τη

βελτίωση των χειρουργικών δυνατοτήτων για να αποφεύγεται η μαστεκτομή και να επιτυγχάνεται η διατήρηση του μαστού των γυναικών.

Για να μπορέσουμε να κάνουμε συντηρητική χειρουργική επέμβαση οτιχεύουμε να έχουμε παρασκευάσει με τα περιφερειακά όρια του όγκου ελεύθερα νόσου. Κύριες αιτίες για τη μη σωστή εκτίμηση των εγχειρητικών ορίων είναι:

- ❖ ακατάλληλη εξαίρεση του μαζικού ιστού και
- ❖ διακοπόμενη επέκταση των καρκινικών κυττάρων από τον πρωτοπαθή όγκο.



ΛΥΔΙΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΜΟΥΖΑΚΑ
Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος στην Ε.Ε. για τον καρκίνο του μαστού και τα Κέντρα μαστού
Δ/ντης Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας
Email: lydiamouzaka@yahoo.gr



Καρκίνος του μαστού στον άνδρα

Καρκίνος του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί και στον άνδρα. Η συχνότητα του είναι 1 με 2 άνδρες σε κάθε 200 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, δηλ. 0,5-1%. Δυστυχώς οι άνδρες δεν γνωρίζουν ότι και αυτοί μπορεί να πάθουν καρκίνο στον μαστό για αυτό και η προσέλευση τους στον ιατρό γίνεται με καθυστέρηση και έτσι η έκβασή του έχει χειρότερη πρόγνωση, επειδή καθυστερεί η διάγνωση και η θεραπεία. Ακόμη δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι το μέγεθος του μαστού που στον άνδρα είναι πολύ μικρότερο από της γυναίκας έχουμε πιο εύκολη διάθνηση του δέρματος ή του μύος που βρίσκεται πίσω από τον μαστό με διευκόλυνση των μεταστάσεων. Τα τελευταία χρόνια οι ιατροί στον Καναδά κάνουν εκστρατείες και προσπαθούν να ευαισθητοποιήσουν τους άνδρες σχετικά με την πιθανότητα ότι μπορεί να νοσήσουν και αυτοί και να περάσουν το μήνυμα για την αξία της έγκαιρης διάγνωσης, προτρέποντάς τους να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο σε περίπτωση που διαπιστώσουν οποιαδήποτε ενόχληση στον μαστό τους.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ως αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άνδρα αναφέρονται:

- ❖ **Η ηλικία.** Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 50 έως 75 ετών.
- ❖ **Η εθνικότητα.** Μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της μαύρης φυλής και ακόμα μεγαλύτερη οι άνδρες της εβραϊκής φυλής Λοκενάζι.
- ❖ **Το οικογενειακό ιστορικό** και ιδιαίτερα η ύπαρξη μετάλλαξης στο γονίδιο BRCA 1 & BRCA 2 στον άνδρα 12πλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Έτσι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι συχνότερη σε άνδρες που έχουν:
 - ❖ Άτομα στο στενό συγγενικό τους περιβάλλον με καρκίνο του μαστού.
 - ❖ Στενή συγγενή με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού.
 - ❖ Συγγενή με ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε ηλικία < 40 ετών.
 - ❖ Μέλη της οικογένειας με καρκίνο των ωοθηκών, του παχέος εντέρου ή του ενδομητρίου.
 - ❖ Υψηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (είναι συχνότερος σε αποφοίτους Πανεπιστημιακών Σχολών).
 - ❖ Αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα.
 - ❖ Το Σύνδρομο Klinefelter ή βουβωνοκλήλη με κρυφορχία.
 - ❖ Έκθεση σε ακτινοβολία κατά τη νεαρή τους ηλικία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι άνδρες στην πλειοψηφία τους αντιλαμβάνονται τον καρκίνο στον μαστό τους σε πολύ προχωρημένο στάδιο, παρόλο που η κατασκευή του ανδρικού μαστού επιτρέπει την εύκολη ψηλάφηση του. Οι άνδρες όμως δεν ανησυχούν όταν διαπιστώσουν κάτι ψηλαφητό στον μαστό τους, επειδή αγνοούν την ύπαρξη του καρκίνου του μαστού στους άνδρες και επειδή έχουν την εμπειρία της παροδικής εφηβικής γυναικομαστίας με ψηλαφητό μόρφωμα, εκλαμβάνουν και την περίπτωση του ογκιδίου που εμφανίζεται σε προχωρημένη ηλικία ότι θα μπορούσε να αντιστοιχεί σε καλοήθετο μόρφωμα, το οποίο θα εξαφανιστεί από μόνο του όπως και αυτό στην εφηβεία.

Τα πλέον συχνά συμπτώματα τα οποία μπορούν να διαπιστώσουν οι άνδρες στον μαστό τους είναι:

- ❖ Ένα ανώδυνο ψηλαφητό ογκίδιο συνήθως κάτω από την περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω.
- ❖ Αλλαγή στο μέγεθος του ενός μαστού.
- ❖ Αλλαγή στο σχήμα του ενός μαστού.
- ❖ Εξέλκωση του δέρματος του μαστού.
- ❖ Έκκριμα από τη θηλή του μαστού.
- ❖ Εισολκή της θηλής.
- ❖ Εξάνθημα.
- ❖ Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση και στον άνδρα είναι όμοια με αυτή στη γυναίκα. Λήψη λεπτομερούς ιστορικού, κλινική εξέταση, η οποία αρχίζει με την εποκόπηση των μαστών και ακολουθεί η ψηλάφηση, μαστογραφία, υπερηχογράφημα μαστών, παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση. Εάν διαγνωσθεί καρκίνος του μαστού, τότε ο ασθενής υποβάλλεται σε πλήρη συμπληρωματικό προεγχειρητικό έλεγχο με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και θώρακος και σπινθηρογράφημα οστών.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η εκλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης βασίζεται στη σταδιοποίηση της νόσου. Η πιο συχνή χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση στον άνδρα είναι η μαστεκτομή, επειδή το μικρό μέγεθος του ανδρικού μαστού δεν επιτρέπει σωστή από ογκολογικής άποψης επέμβαση και εξαίρεση του λεμφαδένα φρουρού.

Η περαιτέρω θεραπευτική αγωγή βασίζεται στη μετεγχειρητική εκτίμηση του σταδίου της νόσου, στην ηλικία του ασθενούς και τους προγνωστικούς παράγοντες που θα διαπιστωθούν από την ιστολογική εξέταση της μαστεκτομής και των λεμφαδένων. Η θεραπευτική αγωγή μπορεί να συμπληρωθεί με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία.



ΛΥΔΙΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΜΟΥΖΑΚΑ
Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Χειρουργός-Γυναικολόγος, Μαστολόγος-Ογκολόγος
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας
Εθνικός Εκπρόσωπος στην Ε.Ε. για τον καρκίνο του
μαστού και τα Κέντρα μαστού
Δ/τνης Ελληνικής Σχολής Μαστολογίας
Email: lydiamouzaka@yahoo.gr