

ΟΧΙ ΠΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΟΝΟ ΣΤΗΘΟΣ!

Στην καρδιά του μήνα ευαισθητοποίησης για την ασθένεια που ευθύνεται για 1.500 θανάτους ετησίως, μια αποκαλυπτική και λεπτομερής συζήτηση με τον ογκολόγο χειρουργό-αγγειοχειρουργό **Σταύρο Γεωργιάννο**, επιστημονικό σύμβουλο του Ιδρύματος Δράσης κατά του Καρκίνου του Μαστού, εξελίσσεται σε πολύτιμο εγχειρίδιο για κάθε γυναίκα – αλλά και άνδρα... Συνέντευξη στην Κατερίνα Κολιού.

Χρόνο με τον χρόνο το ταμπού χάνει τη δύναμή του. Παλιά οι περισσότεροι δυσκολεύονταν έστω και να τον προφέρουν με το όνομά του: τον αποκαλούσαν «επάραιτη νόσο», «κακιά αρρώστια». Η λέξη «καρκίνος», βλέπετε, προκαλεί συνήθως φόβο, δέος και δυσάρεστους συνειρμούς – ειδικά ο καρκίνος του μαστού, που αποτελεί έναν από τους χειρότερους εφιάλτες κάθε γυναίκας. Χρόνο με τον χρόνο όμως η αντιμετώπισή μας απέναντί του αλλάζει – ή έστω πρέπει να αλλάξει. Ο Οκτώβριος έχει καθιερωθεί ως Μήνας Ευαισθητοποίησης για τον Καρκίνο του Μαστού, μια πρωτοβουλία η οποία γεννήθηκε υπακούοντας τόσο στην ανάγκη ενημέρωσης του κοινού όσο και στη σταδιακή ενηλικίωση της στάσης μας. Είναι ένα ετήσιο κάλεσμα να γνωρίσουμε τον «εχθρό» και με σύμμαχο αυτή τη γνώση να σταθούμε απέναντί του για να τον πολεμήσουμε.

Αυτή τη συμπυκνωμένη γνώση αναζητήσαμε στο πρόσωπο και στο έργο του δρος Σταύρου Γεωργιάννου, ογκολόγου χειρουργού, ειδικού στον καρκίνο του στήθους, και αγγειοχειρουργού με πολυετή παρουσία στην Αγγλία. Εξειδικευμένος επίσης σε θέματα μεταβολισμού και τεχνητής εντερικής και παρεντερικής διατροφής με πλήθος συγγραμμάτων και δημοσιεύσεων στην ευρωπαϊκή και αμερικανική βιβλιογραφία και επιστημονικός σύμβουλος του Ιδρύματος Δράσης κατά του Καρκίνου του Μαστού, ο διακεκριμένος επιστήμονας μας μίλησε για τον παράγοντα της κληρονομικότητας, τη σημασία του προληπτικού ελέγχου στη μείωση της θνησιμότητας, καθώς και για τις τελευταίες εξελίξεις στο μέτωπο της θεραπείας της νόσου.

Αλήθεια, από πότε «συμβιώνουμε» με τον καρκίνο του μαστού; «Ο καρκίνος του στήθους είναι από τους αρχαιότερους καρκίνους. Οι παλαιότερες αναφορές υπάρχουν στην αρχαία Αίγυπτο περίπου το 1600 π.Χ., ενώ από τα ιστορικά πρόσωπα που πιθανώς απεβίωσαν από τη νόσο είναι η αυτοκράτειρα Θεοδώρα, σύζυγος του Ιουστινιανού, και η Άννα της Αυστρίας, μητέρα του Λουδοβίκου ΙΔ', βασιλιά της Γαλλίας».

Μια πολύ παλιά ιστορία δηλαδή. Πώς δημιουργείται ένας όγκος στο στήθος; «Φυσιολογικά, τα κύτταρα στο σώμα μας ωριμάζουν και πολλαπλασιάζονται με έναν προκαθορισμένο ρυθμό, ούτως ώστε νέα υγιή κύτταρα να αντικαθιστούν εκείνα που γηράσκουν και πεθαίνουν. Η άνευ όμως ελέγχου αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων του στήθους, λόγω

μετάλλαξης ορισμένων γονιδίων του DNA στον πυρήνα του κυττάρου, τα οποία έχουν την ευθύνη να ελέγχουν την ταχύτητα του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, έχει ως συνέπεια τον σχηματισμό πολλών νέων κυττάρων, η συνάθροιση των οποίων σχηματίζει έναν όγκο. Η παθολογία αυτή δημιουργείται είτε στα αδενικά κύτταρα που παράγουν το γάλα είτε στα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων που το μεταφέρουν στη θηλή. Σπανιότερα όγκοι του στήθους μπορούν να δημιουργηθούν στον λιπώδη ή στον συνδετικό ιστό του μαστού. Οι όγκοι θεωρούνται καλοήθεις όταν τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται με σχετικά αργό ρυθμό, δεν εμφανίζουν ατυπία και δεν διηθούν τους γύρω ιστούς. Αντίθετα, οι κακοήθεις όγκοι έχουν τη δυνατότητα να επεκτείνονται και να δίνουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες ή σε διάφορα όργανα, όπως τα οστά, το ήπαρ, οι πνεύμονες και ο εγκέφαλος».

Σχεδόν όλοι έχουμε στον κοινωνικό μας κύκλο μια γυναίκα που έχει εμφανίσει κάποια στιγμή καρκίνο του μαστού. Πόσο συχνή είναι τελικά η εμφάνισή του; «Ξέρετε, ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εμφανίζουν οι γυναίκες του δυτικού κόσμου. Μία γυναίκα στις οκτώ προσβάλλεται από τη νόσο. Διαφορετικά θα λέγαμε ότι το 13% του γυναικείου πληθυσμού θα νοσήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του. Όσον αφορά την ηλικία η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες από 20 ως 90 ετών. Οι πιθανότερες μάλιστα μιας γυναίκας να νοσήσει αυξάνονται σημαντικά με την ηλικία, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου τετραπλασιάζεται μετά την εμμηνόπαυση! Δυστυχώς όμως το 25% των περιπτώσεων αφορά νέες γυναίκες, ηλικίας μικρότερης των 45 ετών. Επίσης ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος τύπος καρκίνου που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού»...

Στην Ελλάδα τι συμβαίνει; Υπάρχουν στοιχεία; «Στη χώρα μας κάθε δύομισι ώρες γίνεται η διάγνωση μιας γυναίκας με καρκίνο του στήθους, ενώ κάθε έξι ώρες μία από αυτές πεθαίνει από τη νόσο. Καταγράφονται ετησίως 4.500 νέα περιστατικά και περίπου 1.500 θάνατοι. Είναι πάντως αξιοσημείωτο ότι σε κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού η μία αφορά άνδρα και συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικία 60-70 ετών».

Είναι κληρονομικός ο καρκίνος του στήθους; «Μόνο το 5%-10%. Μόνο αυτό το ποσοστό των συνολικών περιπτώσεων καρκίνου του στήθους είναι κληρονομικοί, δηλαδή υπάρχει εκ γενετής κάποια βλάβη στο DNA των κυττάρων που κληροδοτείται στις επόμενες γενιές. Μάλιστα, έχουν >>

εντοπιστεί συγκεκριμένες αλλοιώσεις σε δύο γονίδια του DNA, γνωστά ως BRCA1 και BRCA2, οι οποίες προκαλούν την εκδήλωση της νόσου και είναι υπεύθυνες για το 95% των περιπτώσεων κληρονομικών καρκίνων του στήθους. Σε διάφορα μάλιστα κέντρα μοριακής βιολογίας και γενετικής πραγματοποιούνται ειδικές εξετάσεις για την ανεύρεση, σε δείγμα γενετικού υλικού στο αίμα των εξεταζομένων, μεταλλάξεων στα γονίδια BRCA1 και BRCA2. Οι γυναίκες με κληρονομική επιβάρυνση έχουν οκτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν, ενώ είναι πιθανή η εμφάνιση δύο ή περισσότερων διαφορετικών καρκίνων».

Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού σημαίνει υποχρεωτικά κληρονομική επιβάρυνση; «Μόλις το 20%-30% των γυναικών με καρκίνο στο στήθος έχουν προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό. Η παρουσία όμως οικογενειακού ιστορικού δεν υποδηλώνει στις περισσότερες περιπτώσεις την ύπαρξη κληρονομικότητας».

Πόσο συχνός είναι τελικά ο κληρονομικός καρκίνος και τι συνεπάγεται; «Περίπου μία στις 1.000 γυναίκες φέρει τη μεταλλαγμένη μορφή του γονιδίου BRCA1 και μία στις 700 του BRCA2. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν αλλοιώσεις του γονιδίου BRCA1 έχουν πιθανότητες 90% να αναπτύξουν καρκίνο του στήθους, 40%-60% να εκδηλώσουν καρκίνο των ωοθηκών και 6% καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι γυναίκες με μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA2 έχουν επίσης πιθανότητα 90% να προσβληθούν από καρκίνο του στήθους, σπανιότερα όμως εκδηλώνουν καρκίνο των ωοθηκών, συγκεκριμένα σε ποσοστό 18%-27%. Σημειώνεται ότι άνδρες με μεταλλάξεις του BRCA1 έχουν 1% κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού και 6% εφόσον έχουν μετάλλαξη του BRCA2. Στους κληρονομικούς καρκίνους το μεταλλαγμένο γονίδιο μεταφέρεται στα παιδιά από το ωάριο ή το σπερματοζώαριο και το κάθε παιδί έχει 50% πιθανότητα να κληρονομήσει το ελαττωματικό γονίδιο αν φορέας του είναι ένας εκ των γονέων και 75% αν φορείς είναι και οι δύο γονείς».

Πότε υποψιαζόμαστε την παρουσία κληρονομικότητας; «Ο καρκίνος του στήθους με κληρονομικό χαρακτήρα, πέραν του ότι

εκδηλώνεται σε νεαρότερες ηλικίες, συχνά παρουσιάζει πολλαπλές εντοπίσεις στο ίδιο στήθος ή προσβάλλει και το άλλο στήθος, εμφανίζεται σε περισσότερα άτομα και γενιές της ίδιας οικογένειας και, γενικά, έχει χειρότερη πρόγνωση λόγω της αυξημένης επιθετικότητας. Στατιστικά οι πιθανότητες σε μια οικογένεια να υπάρχει κληρονομικός καρκίνος αυξάνονται όταν υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα μέλη της ευρύτερης οικογένειας με καρκίνο του στήθους ή στην οικογένεια υπάρχουν δύο περιστατικά καρκίνου του μαστού και δύο των ωοθηκών που προσβλήθηκαν πριν από την εμμηνόπαυση. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε μια γυναίκα της οποίας μια συγγενής πρώτου βαθμού ανέπτυξε σε νεαρή ηλικία καρκίνο και στους δύο μαστούς. Επίσης στις ασθενείς που εμφάνισαν καρκίνο του στήθους σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών ή προσβλήθηκαν τόσο από καρκίνο του μαστού όσο και των ωοθηκών. Ο παράγοντας κληρονομικότητα ενισχύεται επίσης όταν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του στήθους σε πρώτου ή δεύτερου βαθμού άνδρα συγγενή».

Πώς πρέπει να γίνεται ο προληπτικός έλεγχος; «Ο προληπτικός έλεγχος του στήθους για να είναι περισσότερο αποτελεσματικός πρέπει να γίνεται σε οργανωμένες μονάδες μαστού, επανδρωμένες με ογκολόγους χειρουργούς, εξειδικευμένους ακτινολόγους και κυτταρολόγους/παθολογοανατόμους, καθώς η λειτουργία τέτοιων εξειδικευμένων μονάδων συνεπάγεται αξιοπιστία στη διάγνωση, πληρέστερη θεραπευτική αντιμετώπιση και συνοδευτική από μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 25% την τελευταία δεκαετία. Όλες οι γυναίκες, ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού, πρέπει να ελέγχουν προληπτικά το στήθος τους, ακόμη και όταν δεν υπάρχει κανένα απολύτως σύμπτωμα, με σκοπό την τυχαία ανακάλυψη της νόσου σε πολύ αρχικό στάδιο. Ο προληπτικός έλεγχος, γνωστός ως "triple test", περιλαμβάνει την κλινική εξέταση από ειδικά εκπαιδευμένους στις παθήσεις του στήθους γιατρούς, την απεικόνιση των ευρημάτων με τη μαστογραφία και το υπερηχογράφημα και την παρακέντηση του ογκιδίου (FNA) ή τη λήψη υλικού με ειδική τέμνουσα βελόνη

(core biopsy) με τοπική αναισθησία, με σκοπό την κυτταρολογική και ιστολογική εξέταση του ληφθέντος υλικού αντίστοιχα».

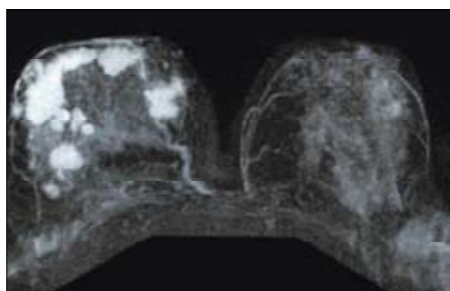
Υπάρχουν συμπτώματα που θα έπρεπε να μας θορυβήσουν; Πότε και πώς πρέπει να ξεκινά ο έλεγχος; «Οι όγκοι που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τον προληπτικό έλεγχο (screening) σε ποσοστό 70% είναι ασυμπτωματικοί, ενώ σε ποσοστό 30% είναι σε πρώιμο στάδιο, δηλαδή μεγέθους μικρότερου του ενός εκατοστού. Επίσης ποσοστό περίπου 20% των όγκων δεν είναι διηθητικοί (DCIS). Η πρώτη μαστογραφία, για καθαρά προληπτικούς λόγους, συνιστάται να γίνεται σε ηλικία 40 ετών, η οποία αποτελεί το σημείο αναφοράς για συγκριτική μελέτη στο μέλλον, και πρέπει να επαναλαμβάνεται, εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα, κάθε δύο-τρία χρόνια ως την ηλικία των 45 ετών. Μετά την ηλικία των 45 ετών πρέπει υποχρεωτικά να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος σε ετήσια βάση, ακόμη και αν δεν υπάρχει κανένα απολύτως ενόχλημα ή κλινικό εύρημα. Ιδανικός χρόνος διενέργειας της μαστογραφίας είναι η πρώτη εβδομάδα από το τέλος της περιόδου. Παρ' ότι η δόση ακτινοβολίας της μαστογραφίας είναι χαμηλή, σίγουρα δεν επιτρέπεται να γίνεται για καθαρά προληπτικό έλεγχο σε νέες γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών. Ασφαλώς όμως η μαστογραφία είναι υποχρεωτική εφόσον υπάρχουν ευρήματα κατά την ψηλάφηση ή άλλοι ειδικοί λόγοι».

Πόσο βοηθάει η πρώιμη διάγνωση της νόσου; «Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου συνεπάγεται εξαιρετική πρόγνωση στο 80%-90% των περιπτώσεων. Εκτός όμως από την καλύτερη πρόγνωση, η έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου κατά τον προληπτικό έλεγχο παρουσιάζει και άλλα πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα, οι μικρές διαστάσεις του ογκιδίου μας επιτρέπουν την αφαίρεση μικρού τμήματος του μαστού, χωρίς να είναι απαραίτητη η μαστεκτομή, και εφόσον δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης συχνά δεν απαιτείται η συμπληρωματική χημειοθεραπείας».

Ποιες είναι οι εξελίξεις στον τεχνολογικό εξοπλισμό για αποτελεσματικότερο έλεγχο του στήθους; «Έχουν ήδη αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται τεχνικές ψηφιακής >>

«Είναι αξιοσημείωτο ότι σε κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού η μία αφορά άνδρα και συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικίες 60-70 ετών»

Μαγνητική τομογραφία (MRI) μαστών. Η εξέταση είναι ευαίσθητη στην ανίχνευση όγκων με πολλαπλές εστίες.



απεικόνισης της μαστογραφίας. Δηλαδή, ενώ η τεχνική της μαστογραφίας παραμένει η ίδια, βασισμένη στη χρήση ακτίνων Χ, η απεικόνιση του μαστού δεν γίνεται στο κλασικό ακτινολογικό φιλμ αλλά υπάρχει ψηφιακή εικόνα στην οθόνη του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Χαρακτηριστικό του νέου τρόπου απεικόνισης είναι η δυνατότητα παρέμβασης στην εικόνα μέσω του υπολογιστή, όσον αφορά τη μεγέθυνση του όγκου και τη χρωματική αντίθεση όγκου - υπόλοιπων ιστών, ενώ η αρχειοθέτηση της εικόνας γίνεται πλέον ηλεκτρονικά. Εκτός όμως της καλύτερης απεικόνισης, ο ψηφιακός μαστογράφος εκπέμπει 30% λιγότερη ακτινοβολία».

Και ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας; «Σημαντικές είναι επίσης οι δυνατότητες της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) μαστού. Πρόκειται για μια σχετικά γρήγορη (απαιτούνται περίπου 20 λεπτά), αναίμακτη και ανώδυνη εξέταση των μαστών με συγκεκριμένες ενδείξεις, που πραγματοποιείται έπειτα από την ενδοφλέβια έγχυση της σκιαγραφικής παραμαγνητικής ουσίας γαδολίνιου. Οι κακοήθειες βλάβες παρουσιάζουν πρόωμη και έντονη πρόσληψη και γρήγορη απομάκρυνση (wash out) της σκιαγραφικής ουσίας. Η εξέταση είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην έγκαιρη ανίχνευση όγκων με πολλαπλές εστίες, σε όλες τις ηλικίες αλλά κυρίως σε νέες γυναίκες με κληρονομικούς καρκίνους, στην απεικόνιση μαστών στους οποίους έχει προηγηθεί τοποθέτηση προθεμάτων για αισθητικούς λόγους, ενώ μπορεί να προσφέρει συμπληρωματικές πληροφορίες στις περιπτώσεις εκείνες όπου η μαστογραφία δεν είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική. Επίσης είναι χρήσιμη για την παρακολούθηση έπειτα από προηγηθείσα επέμβαση στο στήθος και συνοδό ακτινοθεραπεία, για τη διαφορική διάγνωση μετεγχειρητικών ουλών από τοπικές υποτροπές έπειτα από ογκεκτομή και τη διασαφήνιση ύποπτων μικροασβετώσεων. Το κατάλληλο χρονικό διάστημα για τη διενέργεια της εξέτασης είναι μεταξύ 7ης και 14ης ημέρας από την έναρξη του κύκλου. Η ευαισθησία της μεθόδου αγγίζει το 100%, δηλαδή δεν υπάρχουν ψευδώς αρνητικές

απαντήσεις, όμως η ειδικότητα της μεθόδου δεν είναι τόσο υψηλή καθώς υπάρχει ο κίνδυνος ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων σε ποσοστό 15%-20%».

Πρόκειται δηλαδή για ό,τι πιο εξελιγμένο στις τεχνικές απεικόνισης; «Η πλέον σύγχρονη τεχνολογική εφαρμογή στην υπηρεσία της επιστήμης είναι ο ποζιτρονικός τομογράφος (PET), που χρησιμοποιείται σε εξειδικευμένες περιπτώσεις για την κλινική σταδιοποίηση της νόσου. Η εξέταση γίνεται με τη χρήση του ραδιοϊσοτόπου “φθορίου 18”, με το οποίο γίνεται σήμανση της γλυκόζης ως βασικής ενεργειακής πηγής των κυττάρων. Τα καρκινικά κύτταρα χρειάζονται περισσότερη γλυκόζη για να αναπτυχθούν σε σχέση με τα υγιή».

Ποιες είναι οι νέες θεραπευτικές εξελίξεις; «Συνεχώς δημιουργούνται νέα φάρμακα για τη στοχευμένη θεραπεία, ενισχύοντας τα όπλα της ιατρικής. Σε αντίθεση με τη χημειοθεραπεία, η οποία επιτίθεται ανεξαιρέτως σε όλα τα κύτταρα, οι στοχευμένες θεραπείες χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες αναστέλλουν επιλεκτικά την εξέλιξη των καρκινικών κυττάρων και τα εμποδίζουν να εξαπλωθούν, χωρίς να σκοτώνουν υποχρεωτικά. Η στοχευμένη θεραπεία βοηθά τη χημειοθεραπεία να είναι περισσότερο αποτελεσματική σε μικρότερες και επομένως λιγότερο τοξικές δόσεις».

Μπορείτε να είστε πιο εξηγηματικός; «Θα προσπαθήσω να απλοποιήσω κατά το δυνατόν την ιατρική ορολογία... Ένα είδος στοχευμένης θεραπείας είναι η ορμονοθεραπεία, που αποσκοπεί στον περιορισμό της δράσης των οιστρογόνων, τα οποία διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων. Η φαρμακευτική ουσία ταμοξιφαίνη άλλαξε ριζικά τη θεραπεία της νόσου, καταδεικνύοντας αρχικά τον τρόπο στοχευμένης θεραπείας. Σήμερα, στις ηλικίες μετά την εμμηνόπαυση, χρησιμοποιούνται νέες δραστικές ουσίες που αναστέλλουν τη λειτουργία του ενζύμου αρωματάση, το οποίο μετατρέπει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα. Η νέα ενδοκρινική θεραπεία με τους αναστολείς της αρωματάσης υπερισχύει έναντι της ταμοξιφαίνης. Επίσης στο οπλοστάσιο κατά

της νόσου έχουν προστεθεί τα μονοκλωνικά αντισώματα, σε συνδυασμό πάντοτε με τη χημειοθεραπεία. Το 20%-30% των γυναικών με καρκίνο του στήθους παρουσιάζουν υπερέκφραση του ογκογονιδίου Her-2/Neu, το οποίο με τη σειρά του υπερπαράγει μια πρωτεΐνη, την ErbB2 (HER2), που σχετίζεται με την αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού και την επιθετικότητα των καρκινικών κυττάρων. Το μονοκλωνικό αντίσωμα trastuzumab (herceptin) εξουδετερώνει τη λειτουργικότητα της πρωτεΐνης αυτής και χορηγείται όχι μόνο στον προχωρημένο αλλά και στον πρώιμο καρκίνο του μαστού. Μονοκλωνικά αντισώματα χρησιμοποιούνται επίσης και ενάντια στην αιμάτωση του όγκου. Αρχικά, τα καρκινικά κύτταρα διασφαλίζουν το απαραίτητο οξυγόνο και τροφή από τα φυσιολογικά υπάρχοντα αγγεία. Καθώς όμως ο όγκος μεγαλώνει δημιουργούνται και νέα αιμοφόρα αγγεία (αγγειογένεση). Υπάρχουν λοιπόν στη διάθεσή μας μονοκλωνικά αντισώματα τα οποία αναστέλλουν τη διαδικασία της αγγειογένεσης, προκαλώντας έτσι, λόγω κακής αιμάτωσης, συρρίκνωση του όγκου, και χρησιμοποιούνται ήδη με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Κατά συνέπεια, η στοχευμένη θεραπεία δημιουργεί προϋποθέσεις για να μετατραπεί μια κακοήθης νόσος σε “χρόνιο νόσημα”, ενώ επιπλέον βοηθά τη χημειοθεραπεία να είναι πιο αποτελεσματική σε μικρότερες δόσεις».

Να αισιοδοξεί η σύγχρονη γυναίκα; «Ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να φοβίζει, καθώς, παρά την ανησυχητική αύξηση της συχνότητας της νόσου, η βελτίωση του διαγνωστικού εξοπλισμού και η ενίσχυση του θεραπευτικού οπλοστασίου συντελούν στη σταδιακή μείωση του αριθμού θανάτων. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μειώνεται με ρυθμό 2% ετησίως. Επιπλέον, η υγιεινή διατροφή, η ελεγχόμενη λήψη ορμονών, ο περιορισμός του άγχους, η αποφυγή έκθεσης σε ακτινοβολία, η περιορισμένη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, η διατήρηση φυσιολογικού βάρους και η άσκηση περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου». ●

Το διάγραμμα δείχνει τη συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων παθήσεων του στήθους ανάλογα με την ηλικία. Μετά τα 40 οι κίνδυνοι για κακοήθεια αυξάνονται.

