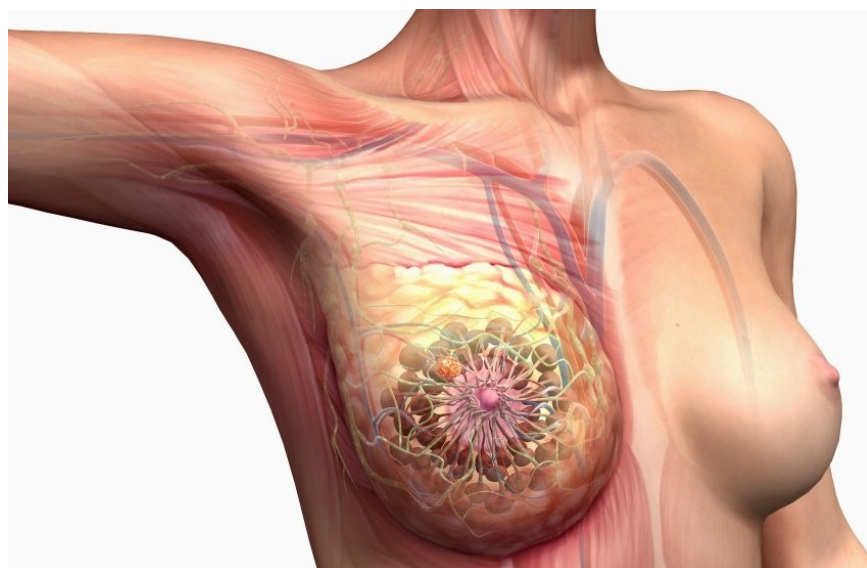




**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

## **ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ**



**Της φοιτήτριας Βάσιου Αγγελικής**

**A.M. 2014/4469**

**Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Ιορδάνης Παπαδόπουλος**

**Θεσσαλονίκη 2018**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:**

Σελίδες

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (ABSTRACT).....	6

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:**

Ιστορική αναδρομή.....	7
------------------------	---

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:**

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Ανατομία του μαστού.....	9
2.2 Στοιχεία Φυσιολογίας του μαστού.....	13

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

#### ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 Μασταλγία.....	17
3.2 Έκκριμα από τη θηλή.....	20
3.3 Ενδοπορικό θήλωμα.....	21
3.4 Εκτασία των γαλακτοφόρων πορων.....	22
3.5 Κύστεις.....	24
3.6 Φλεγμονές.....	26
3.7 Ινοαδενώματα.....	28
3.8 Φυλλοειδής όγκος.....	31
3.9 Σκληρυντική Αδένωση .....	32
3.10 Ινοκυστική νόσος .....	34
3.11 Νόσος του Mondor.....	37
3.12 Καλοήθεις παθήσεις και πιθανότητα καρκίνου.....	38
3.13 Καλοήθεις παθήσεις του μαστού του άντρα.....	39
3.14 Νόσος του Μορφέα.....	42
3.15 Έκζεμα στην θηλή.....	44

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

### **ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΜΑΣΤΩΝ**

4.1 Υπερθηλία.....	45
4.2 Γιγαντομαστία.....	47
4.3 Αμαστία.....	48

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:**

### **ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ**

5.1 Καρκίνος του μαστού.....	50
5.2 Νόσος του Paget.....	56
5.3 Φλεγμονώδης καρκίνος.....	57
5.4 Καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη και γαλουχία.....	59
5.5 Αμφοτερόπλευρος καρκίνος .....	60
5.6 Καρκίνος του μαστού στον άνδρα.....	61
5.7 Φυλλοειδές κυστοςάρκωμα.....	64
5.8 Σάρκωμα.....	65
5.9 Αγγειοσάρκωμα .....	66
5.10 Λεμφώματα .....	68

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>70</b>
--------------------------	-----------

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο **μαστός** είναι το όργανο που ξεχωρίζει στη γυναίκα και της προσδίδει ιδιαίτερη χάρη και ομορφιά. Παράλληλα, όμως, δημιουργεί τις πιο πολλές ενοχλήσεις και προβληματισμούς. Η παρακάτω εργασία εξηγεί την ανατομία και φυσιολογία του και στην συνέχεια αναλύει τις παθήσεις του μαστού. Είναι σημαντικό στην αισθητική να υπάρχουν γνώσεις πάνω σε αυτό το θέμα γιατί ο κλάδος μας έχει να κάνει στο μεγαλύτερο ποσοστό με γυναίκες όπως επίσης μας βοηθάει γιατί πολλές φορές η αισθητική συνεργάζεται και με τον ιατρικό κλάδο. Είναι ένα μείζον θέμα που απασχολεί συχνά και θα ήταν καλό σε περίπτωση φόβου ή υποψίας, να μπορούμε να συμβουλέψουμε μια πελάτισσα είτε να την παραπέμψουμε σε έναν ειδικό.

- Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται η ιστορική αναδρομή του μαστού όσο αφορά την αρχαιότητα, την γλυπτική, ζωγραφική και τις παθήσεις.
- Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφονται η ανατομία και η φυσιολογία του μαστού ώστε να υπάρχει μια γενικευμένη εικόνα σε ποια ακριβώς σημεία παρουσιάζεται κάθε πάθηση.
- Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα δούμε μια εκτενής ανάλυση σχετικά με τις καλοήθεις παθήσεις του μαστού που εμφανίζονται στις γυναίκες αλλά και σε πολύ μικρό ποσοστό στους άνδρες.
- Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλύονται οι συγγενείς ανωμαλίες ανάπτυξης και δυσπλασίας μαστού.
- Τέλος, στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο είναι οι κακοήθεις παθήσεις μαστού τα αίτια, τα συμπτώματα και η αντιμετώπιση τους.

# Abstract

The **breast** is the organ that distinguishes the woman and gives her special grace and beauty. At the same time, however, it creates the most disturbances and concerns. The following project explains its anatomy and physiology and then analyzes the breast conditions. It is important in aesthetics to have knowledge of the subject because our profession concerns mainly women and also helps us because we often work with doctors. It is a major matter that is often talked about and if there's fear or suspicion, it will be good to give advice to a customer or refer her to a specialist.

- The first chapter we refer to the chronology of the breast in regard to ancient times, sculpture, painting and diseases.
- The second chapter describes the anatomy and physiology of the breast so that there is a generalized picture of exactly where each condition occurs.
- In Chapter 3 we will see an extensive analysis of benign conditions of the breast that occur in women, as well as in men in a low percentage.
- In Chapter 4, congenital growth abnormalities and breast dysplasia are analyzed.
- Finally, chapter 5 is about the malignant diseases of the breast, their causes, symptoms and treatments.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από την αρχαιότητα ο μαστός αποτελούσε και αποτελεί το σύμβολο της ευγονίας, της θηλυκότητας, της γυναικείας ομορφιάς, της παρθενικότητας και της αγνότητας. Είναι ένα σπουδαίο στοιχείο έκφρασης που υμνήθηκε από ποιητές και συγγραφείς, σμιλεύτηκε από γλύπτες και αποθανατίστηκε από ζωγράφους.

Ο Όμηρος στην Ιλιάδα εξιστορεί πως η Εκάβη, θέλοντας να προστατέψει το γιο της Έκτορα, άνοιξε το χιτώνα του στήθους της με το ένα χέρι και με το άλλο ανασήκωσε το μαστό της. Η αρχαία γλυπτική με τη σειρά της, απεικόνισε με επιδέξιο παραστατικό τρόπο το μαστό, σαν ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της γυναικείας φύσης. Σε αρχαίο αγγείο στο Λονδίνο παριστάνεται η Ήρα να θηλάζει τον Ηρακλή, γιο του Δία και της Αλκμήνης, ο οποίος δε θα μπορούσε να λατρεύεται ως θεός αν πρώτα δε θήλαζε από το μαστό της Ήρας. Αλλά και η ζωγραφική με τις δικές της πινελιές και χρώματα αποθανάτισε τη μοναδικότητα του μαστού της γυναίκας μέσα στο χρόνο μέχρι και σήμερα. Από το ατελιέ του Leonardo da Vinci προέρχεται ο πίνακας της Madonna Litta, ζωγραφισμένος από τον Abrogio de Predis, στον οποίο διακρίνεται άνοιγμα στο φόρεμα που χρησίμευε για το θηλασμό.

Παρόλο όμως, που ο μαστός εξυμνήθηκε από την ποίηση, τη γλυπτική και τη ζωγραφική ως το κυριότερο κόσμημα του γυναικείου σώματος, ωστόσο έχουν διασωθεί πολλές μαρτυρίες που επισκιάζουν και αμαυρώνουν την αντίληψη για το μαστό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται και απεικονίζεται σε πίνακα πως στην Κατάνη της Σικελίας, την εποχή των χριστιανικών διωγμών μαρτύρησε η Χριστιανή Αγαθή με αποκοπή των μαστών της, επειδή δεν ανταποκρίθηκε στις

ερωτικές επιθυμίες του άρχοντα της Σικελίας Quintianus. Ακόμη ο Αλή Πάσας στα Γιάννενα αναφέρεται πως έκοβε τις θηλές των γυναικών, που δεν του έδιναν τις κόρες τους για το χαρέμι του, έπειτα τις ξέραινε στον ήλιο και τις έφτιαχνε κομπολόι. 38 13

Πολλά συγγράμματα της αρχαιότητας μαρτυρούν την ύπαρξη ασθενειών και την καρκινογένεση στο μαστό από εκείνα τα χρόνια. Η πρώτη επιστημονική αναφορά του καρκίνου του μαστού γίνεται από τον Ιπποκράτη, ο οποίος παρομοίωσε την πάθηση με καρκίνο (κάβουρα) λόγω της ακτινοειδής διάταξης των φλεβών που έμοιαζαν με ποδιά κάβουρα.

Ο μαστός στη σημερινή εποχή όπως και στην αρχαιότητα συνδέεται με τη θηλυκότητα, τη μητρότητα και τη σεξουαλική συμπεριφορά της σύγχρονης γυναίκας. Η επιθυμία της γυναίκας για την απόκτηση ενός ωραίου μαστού αναφύεται μέσα από τις παιδικές της εμπειρίες, τις αντιδράσεις και επιδράσεις της οικογένειας, των φίλων της και γενικά της κοινωνίας. Μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας που έχει η γυναίκα για το στήθος διαδραματίζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία με τη συνεχή προβολή διαφημιστικών spots γυναικών με ωραία στήθη προκαλούν ενσυνείδητα ή ασυνείδητα ισχυρά συναισθήματα. Ακόμη οι σύγχρονες επιταγές της μόδας αναδεικνύουν το γυναικείο στήθος και τονίζουν την αισθητική της γυναίκας με τα είδη ρουχισμού και αξεσουάρ.



**Εικόνα 1.1:** Η Madonna Litta εν ώρα θηλασμού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 2.1 Ανατομία του μαστού

Πριν να ξεκινήσει η εφηβεία, ο μαστός αποτελείται και στα δυο φύλα από ένα μικρό αριθμό πόρων που αναπτύσσονται κατά την διάρκεια της εμβρυικής ζωής, μέσα σε ένα λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού και λίπους.

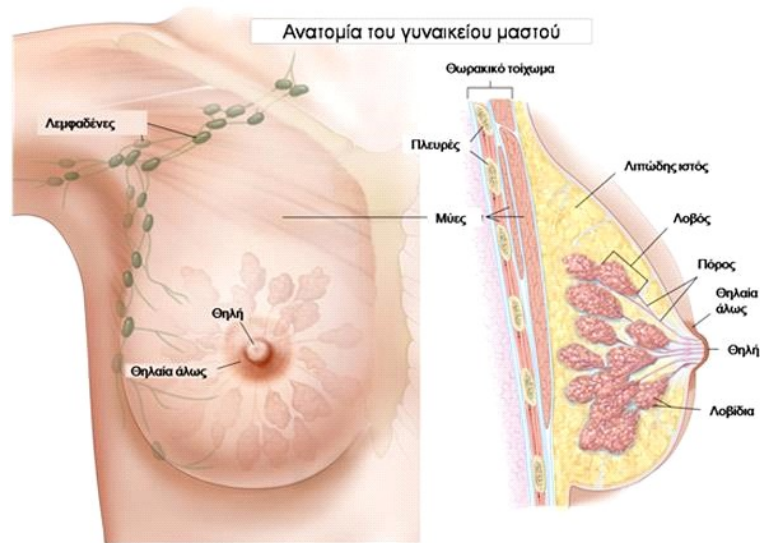
Μετά την αύξηση της θυλακιοτρόπου (FSH) και ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης, η παραγωγή οιστρογόνων οδηγεί σε ανάπτυξη των πόρων του μαζικού αδένου, αύξηση του συνδετικού ιστού και της αιμάτωσης ενώ η ανάπτυξη των λοβίων ολοκληρώνεται αργότερα, με αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης όταν αρχίσουν κανονικοί ωορικτικοί κύκλοι.

Ο μαστός της ενήλικης γυναίκας εκτείνεται από την 2<sup>η</sup> έως την 6<sup>η</sup> πλευρά και από το στήθος μέχρι την πρόσθια μασχालιαία γραμμή μια πυραμοειδή προσεκβολή, την ουρά του spencer. Ο αδένου επικάθεται σε μια λεπτή περιτονία που καλύπτει κυρίως τον μείζονα θωρακικό μυ και μερικά τον πρόσθιο οδοντωτό. Το σύμπλεγμα θηλής-άλου βρίσκεται επί της γαλακτικής γραμμής και στην επιφάνεια της άλου ανευρίσκονται μικρά επάρματα που αποτελούν τα ανοίγματα των μικρών σμηγματογόνων αδένων του Montgomery.

Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται από την μασχालιαία αρτηρία μέσω της ακρωμιοθωρακικής, πλάγιας θωρακικής και υποπλάτιας αρτηρίας και από την υποκλείδια αρτηρία μέσω της έσω θωρακικής (μαστικής).

Επίσης δέχεται διατριπώντες κλάδους από τις άνω μεσοπλεύριες, μασχालιαίες και έσω θωρακικές φλέβες.





**Εικόνα 2.1:** Ανατομία του Μαστού.

Το φλεβικό δίκτυο, ιδιαίτερα πλούσιο κάτω από την θηλή, καταλήγει στις μεσοπλευρίες, μασχαλιαίες και έσω θωρακικές φλέβες.

### ➤ **ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ**

Λέμφος ονομάζεται το μεσοκυττάριο υγρό που βρίσκεται στο λεμφικό σύστημα. Ο συνολικός όγκος της λέμφου σε ένα ενήλικα άνθρωπο υπολογίζεται στα 20 λίτρα. Η λέμφος είναι ένα διαυγές, διάφανο υγρό που αποτελείται κατά 95% από νερό. Περιέχει επίσης πρωτεΐνες, γλυκόζη και άλατα με μεγάλους αριθμούς λευκοκυττάρων και κυρίως λεμφοκύτταρα.

Η λεμφική παροχέτευση του μαστού που παίζει σημαντικό ρόλο στην μετάσταση του καρκίνου, αρχίζει με μικρά λεμφικά πλέγματα μέσα από το μαζικό παρέγχυμα και την υποθηλαία περιοχή και κατευθύνεται στους λεμφαδένες κυρίως της σύστοιχης μασχάλης. Μια μικρή οδός λεμφικής παροχέτευσης προς τον αντίθετο μαστό και προς την θήκη του ορθού κοιλιακού. Επίσης, μέρος του έσω τμήματος του αδένα, παροχετεύει μέσω διαιτηραινόντων λεμφικών αγγείων προς τους έσω θωρακικούς και μεσοθωρακικούς λεμφαδένες.

Οι λεμφαδένες χωρίζονται σε 4 κατηγορίες :

**1) Μασχαλιαίοι λεμφαδένες** : παροχετεύουν το 75% της λέμφου και ο αριθμός τους

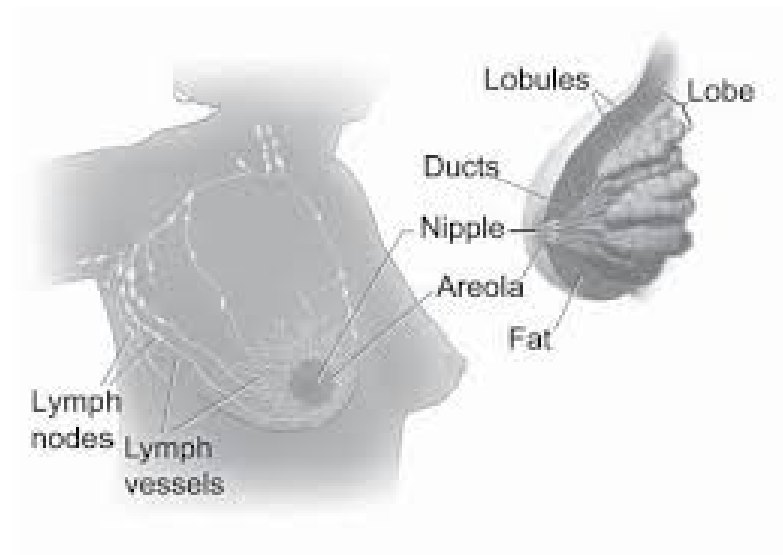
ποικίλει από 20-50. Διακρίνονται στις εξής ομάδες :

- ✓ Έξω (βραχιόνια)
- ✓ Έσω (θωρακική)
- ✓ Οπίσθια (υποπλάγια)
- ✓ Κεντρική
- ✓ Κορυφαία (υποκλείδια)

**2) Έσω μαστικοί λεμφαδένες** : συμμετέχουν στο 20% της παροχέτευσης και περιλαμβάνουν περί τους 4 λεμφαδένες σε κάθε πλευρά που παροχετεύουν τα 2 έσω τεταρτημόρια.

**3) Λεμφαδένες του Rotter** : ευρισκόμενοι μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός.

**4) Κοιλιακοί και παρασπονδυλικοί λεμφαδένες** : παροχετεύουν περί το 5% της λέμφου του μαστού.



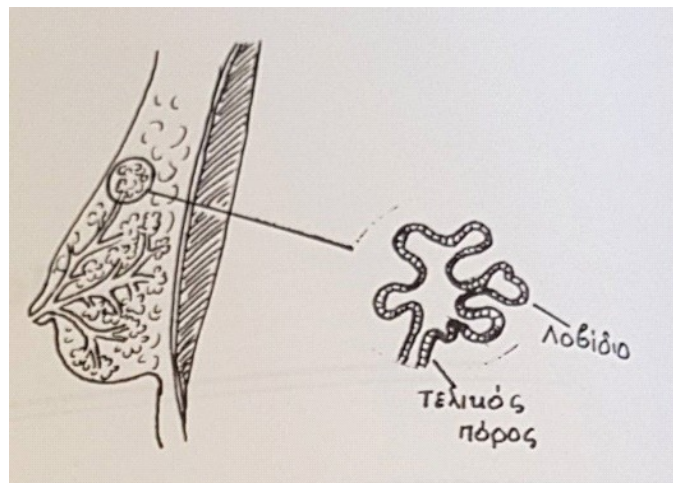
**Εικόνα 2.2:** Λεμφαδένες Μαστού

Η νεύρωση του μαστού είναι ιδιαίτερα πλούσια στο σύμπλεγμα θηλής-άλω, από αισθητικές απολήξεις, ενώ το παρέγχυμα καλύπτεται κυρίως από το αυτόνομο συμπαθητικό σύστημα.

#### ❖ Μικροσκοπικά

Ο μαστός αποτελείται από ένα σύστημα διακλαδούμενων κεντρικών πόρων, οι οποίοι αρχίζοντας από την θηλή καταλήγουν στις τελικές λειτουργικές μονάδες πόρου-λοβιδίου του αδένου που σχηματίζουν τα λόβια. (Εικόνα 2.3)

Το επιθήλιο τόσο των πόρων όσο και των λοβίων αποτελείται από δυο στρώματα κυττάρων, τα βασικά κυβοειδή κύτταρα και τα κυλινδρικά επιφανειακά κύτταρα, που προβάλλουν προς τον αυλό. Το τοίχωμα συμπλεγμάτων πόρου-λοβιδίου, περιβάλλει τους πόρους και συνέχεται με τους με τους πυραμοειδούς σχήματος συνδέσμους του Cooper, που επεκτεινόμενοι τόσο στην εν των βάθει περιτονία όσο και προς το δέρμα, αποτελούν το σύστημα στήριξης του μαστικού αδένου.



**Εικόνα 2.2.1.** Τελική λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου.

## 2.2 Στοιχεία φυσιολογίας του μαστού

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και κύρια, σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξελίξεως μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία, αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

### ➤ **Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού.**

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν:

- ✓ ο υποθάλαμος,
- ✓ η υπόφυση,
- ✓ οι ωθήκες,
- ✓ ο θυροειδής αδέννας,
- ✓ τα επινεφρίδια,
- ✓ ο πλακούντας, και
- ✓ το νευρικό σύστημα.

Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένου δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

**ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ:** Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF ( PROLACTININHIBITINGFACTOR ). Δύο άλλες ορμόνες , που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυροειδοτρόπος ορμόνη.

**ΥΠΟΦΥΣΗ:** Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται

υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

**ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ:** Η προλακτίνη , παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

**ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ:** Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

**ΩΟΘΗΚΕΣ:** Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

**ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ:** Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ'αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με την έκκριση της προλακτίνης.

**ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ:** Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις , προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

**ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ:** Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένά αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

**ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ:** Όπως ο θυρεοειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

**ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ:** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένά και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε

μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομή μετά τον 3 ή 4 μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Με την ύπαρξη του **πλακούντα** συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνος ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδέννα.

**ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.

#### ➤ Τρόπος έκκρισης γάλακτος

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος από τον κατάλληλα προετοιμασμένο αδέννα δεν είναι ακριβώς γνωστός. Φαίνεται όμως ότι σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στο αδενικό επιθήλιο του μαστού αφού με την απομάκρυνση του πλακούντα σταματά η παραγωγή και μεταφορά τους στη μητρική κυκλοφορία. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης, που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκριτικά κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και παραμένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Από εκεί απελευθερώνεται στην κυκλοφορία με αντανεκλαστικό μμηχανισμό, που ξεκινά από τον ερεθισμό της

θηλής κατά τον θηλασμό. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν μμερικώς τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μμεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους. Αν δεν απομακρυνθεί το γάλα από το χώρο παραγωγής, τότε διακόπτεται η έκκριση του παρά την συνέχιση των ορμονικών επιδράσεων στον αδένα.

#### ❖ **Μεταβολές Μορφολογικής κατάστασης**

Όπως έγινε φανερό, η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένας. Έτσι κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένα. Οι μεταβολές αυτές συνήθως αποτελούν συνοδό εκδήλωση της ενδοκρινικής διαταραχής, ενίοτε όμως μπορεί να αποτελούν την κύρια ή τη μόνη ένδειξη της διαταραχής και συνήθως έχουν τον χαρακτήρα άκαιρης για την αναπαραγωγική κατάσταση της ασθενούς εξέλιξη. Χαρακτηριστικές μεταβολές είναι εκείνες της πρώιμης θηλαρχής, του ανδρογεννητικού συνδρόμου, της κυστικής μαστοπάθειας ή της γαλακτόρροιας (έκκριση γάλακτος σε μη έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα).

- Στην πρώτη περίπτωση, η πρώιμη παραγωγή ορμονών του φύλου οδηγεί σε ανάπτυξη του αδένα σε ηλικία που αυτή δεν αναμένεται.
- Στη δεύτερη κατάσταση, η ανάπτυξη του αδένα συχνά περιορίζεται από την παρουσία μεγάλης συγκέντρωσης ανδρογόνων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χαμηλή οιστρογονική δραστηριότητα.
- Στην τρίτη περίπτωση, μια χρόνια διαταραχή της ισορροπίας στην οιστρογόνων προς προγεστερόνης οδηγεί στην εκδήλωση κυστικής μαστοπάθειας. Τέλος, στην τελευταία κατάσταση,
- παρατεταμένη αύξηση της έκκρισης προλακτίνης είναι δυνατό να συνδέεται με άκαιρη παραγωγή γάλακτος.

**Συμπερασματικά,** από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν για τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού αλλά και για τις διαταραχές του,

διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φθάνει σε βαθμό πλήρους και απόλυτης εξάρτησης. Συνεπώς, στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινοπάθεια θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα συνηθέστερα συμπτώματα ευρήματα καλοήθους αιτιολογίας από τον μαστό είναι ο πόνος, το έκκριμα από την θηλή, οι κύστες, οι καλοήθεις ογκοί και οι φλεγμονές και στους άντρες η γυναικομαστία. Κατά την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων πρέπει πάντοτε να γίνεται ο βασικός έλεγχος του μαστού – κλινική εξέταση, μαστογραφία, όπου υπάρχει ένδειξη, κυτταρολογική υλικού παρακέντησης ή εκκρίματος – με κύριο σκοπό τον αποκλεισμό του καρκίνου.

#### 3.1 Μασταλγία

Είναι το συχνότερο αμιγές σύμπτωμα του μαστού, αλλά πολύ σπάνια (5-10%) αποτελεί πρωταρχική εκδήλωση κακοήθειας. Διακρίνεται φυσιολογική (π.χ.προεμμηνορυσιακή) σε δευτεροπαθή οφειλόμενη σε αίτιο από τον μαστό (π.χ. φλεγμονή) ή σε εξωμαστική αίτια και σε μασταλγία χωρίς εμφανές φυσιολογικό ή παθολογικό αίτιο, που διακρίνεται σε κυκλική και μη κυκλική.

##### ❖ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΜΑΣΤΑΛΓΙΑΣ

- Η κυκλική αποτελεί την συχνότερη μορφή και τυπικά εμφανίζεται σε γυναίκες 35-40 ετών, με συχνά οζιδιακή κλινικά εμφάνιση του μαστού και διακρίνεται από το φυσιολογικό προεμμηνορυσιακό πόνο τόσο από την ένταση, όσο και από την διάρκεια της.
- Η μη κυκλική μασταλγία εμφανίζεται ανεξάρτητα από την εμμηνορυσιακή κατάσταση της ασθενούς και μπορεί εύκολα να διαχωρισθεί από την κυκλική στην προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με το λεπτομερές ιστορικό. Από τις θεωρίες που προσπαθούν να αιτιολογήσουν το σύμπτωμα ‘μασταλγία’ η

ευρύτερα αποδεκτή είναι η του ορμονικού ανισοζύγιου που συνήθως οφείλεται σε σχετική υπερ-οιστρογοναιμία, λόγω ανεπαρκούς παραγωγής προγεστερόνης (ανεπάρκεια ή μη παραγωγή ή μη ωχρού σωματίου).

➤ **Αιτιολογική αξιολόγηση μασταλγίας**

**Φυσιολογική**

1. Προεμμηνορυσιακή
2. Κύηση
3. Γυναικομαστία

**Χωρίς εμφανές φυσιολογικό ή παθολογικό αίτιο:**

1. Κυκλική μασταλγία
2. Μη κυκλική μασταλγία

**Δευτεροπαθής, οφειλόμενη σε μαστικό ή εξωμαστικό αίτιο:**

1. Φλεγμονή-απόστημα του μαστού
2. Τραυματισμός, νέκρωση λίπους, αιμάτωμα
3. Μετεγχειρητική
4. Υποθηλαία πορεκτασία
5. Σκληρυντική Αδένωση
6. Εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων
7. Καρκίνος
8. Νόσος του Mondor
9. Επέκταση πόνου( αρθρίτιδα ώμου, μυαλγίες, χολολιθίαση, νοσήματα πνεύμονα)
10. Νόσος Tietze (οστεοχονδρίτιδα πλευρών, στέρνου)

Στο 85% των ασθενών ο αποκλεισμός του καρκίνου και η ψυχολογική υποστήριξη τους αποτελεί ικανή αντιμετώπιση της μασταλγίας, ενώ στις υπόλοιπες θα χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή.

### ➤ Αντιμετώπιση

Ο ρόλος της χειρουργικής περιορίζεται σε περιπτώσεις δευτεροπαθούς μασταλγίας (π.χ. απόστημα) και σπάνια στην τοπική επέμβαση, όταν πόνος εντοπίζεται σε μια περιορισμένη περιοχή του μαστού. Η ενθάρρυνση και ο καθησυχασμός της πάσχουσας επιφέρουν βελτίωση έως και στο 85% των ασθενών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, μετά τον αρνητικό έλεγχο, κλινικό και εργαστηριακό, να τονισθεί στη γυναίκα ότι τα ενοχλήματά της δεν υποκρύπτουν καρκίνο και ούτε πρόκειται να οδηγήσουν στην ανάπτυξη αυτού. Η αποδοχή και η υιοθέτηση της θέσης αυτής από την πάσχουσα αλλάζει τη στάση της έναντι του άλγους. Επίσης, πρέπει να ενθαρρύνεται να αρχίσει φυσική άσκηση και να χρησιμοποιεί στηθόδεσμο με καλή στήριξη, ιδίως επί μεγάλων μαστών. Τα απλά αναλγητικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι χρήσιμα σε ελαφρές μορφές κυκλικής μασταλγίας ή σε εξωμαστικής αιτιολογίας πόνο, και αποτελούν τα φάρμακα εκλογής.

### **3.2 Έκκριμα από την θηλή**

Παρόλο που είναι αρκετά συχνό εύρημα, σε λιγότερο από το 10% των ασθενών απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση και μεταξύ αυτών κακοήθεια θα βρεθεί με συχνότητα 10% περίπου.

Κλινικά χαρακτηρίστηκα του εκκρίματος που βοηθούν στον έλεγχο και την σωστή αντιμετώπιση του είναι η ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση, εάν είναι προκλητό ή αυτόματο από έναν ή περισσότερους πόρους και η σύσταση του (γαλακτώδες, ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό). Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να υπαρχει επίσης στο ιστορικό λήψης φαρμάκων.

Εάν εξαιρεθούν οι περιπτώσεις φυσιολογικού ή ψευδούς εκκρίματος και γαλακτόρροια (πίνακας 3.2) ιδιαίτερες καταστάσεις παθολογικού υποστρώματος που μπορούν να εκδηλωθούν με έκκριμα από την θηλή είναι το ενδοτορικό

θήλωμα (συχνότερο αίτιο) ο καρκίνος και η διάταξη των κεντρικών, υποθηλαίων πόρων.

### **Αντιμετώπιση Ασθενούς με έκκριμα από την θηλή:**

#### **A. Αποκλεισμός φυσιολογικού και ψευδούς εκκρίματος**

Επί γαλακτόρροιας:

- Ιστορικό λήψεως φαρμάκων
- Αποκλεισμός προλακτινώματος
- Μέτρηση επιπέδων προλακτίνης
- Ακτινογραφία τουρκικού εφιππίου
- Αποκλεισμός υποθυρεοειδισμού
- Διερεύνηση ενδοκρινολογικών συνδρόμων

#### **B. Μαστογραφία (+): Αντιμετώπιση καρκίνου**

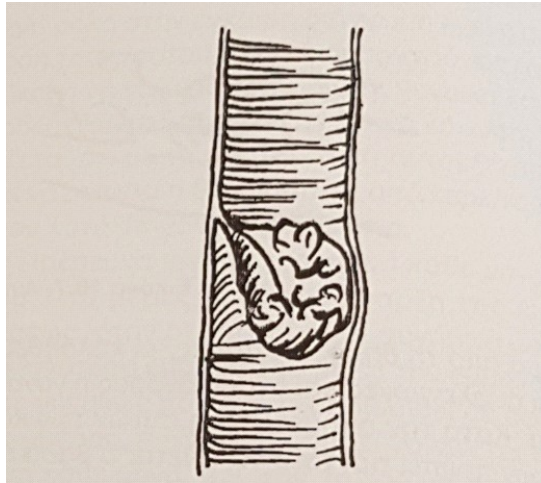
- Μαστογραφία (-) και Κυτταρολογική (-): Παρακολούθηση
- Έκκριμα ενός πόρου και κυτταρολογική (+): Εγχείρηση Atkins
- Αυτόματο έκκριμα ή αιματηρό-οροαιματηρό: Εγχείρηση Atkins
- Αυτόματο έκκριμα πολλών πόρων: Εγχείρηση Urban.

### **3.3 Ενδοπορικό θήλωμα**

Το **ενδοπορικό θήλωμα** (intraductal papilloma) αποτελεί καλοήγη υπερπλαστική επεξεργασία του επιθήλιου των κεντρικών συνήθως πόρων (Εικόνα 3.3) Ανευρίσκεται συνήθως σε ασθενής ηλικίας 40-55 ετών και στο 50% των περιπτώσεων εκδηλώνεται με αιματηρό έκκριμα. Δεν αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Η παρουσία πολλών θηλωμάτων σε περιφερική θέση του μαστού ονομάζεται θηλωμάτωση του μαστού. Η θηλωμάτωση του μαστού σχετίζεται με μικρή αύξηση του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού κυρίως όταν συμβαίνει σε ηλικίες κάτω των 40 ετών. Αρκετές φορές ψηλαφάτε

σαν μικρό, υποθηλαίο ογκίδιο. Σπανίως αναπτύσσονται περισσότερα του ενός θηλώματα (πολλαπλή θηλωμάτωση των πόρων.)

Το θηλώδες καρκίνωμα είναι ο συνηθέστερος τύπος κακοήθειας που μπορεί να συνοδεύεται από έκκριμα. Όσον αφορά τον τύπο του εκκρίματος, αν και μια αιματηρή έκκριση οφείλεται συχνότερα σε καλοήγη νόσο, ο καρκίνος εμφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις με αιματηρό έκκριμα παρά με ορώδες.



**Εικόνα 3.3** Ενδοπορικό θήλωμα.

### **3.4 Εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων**

Η εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων (mammary duct ectasia) είναι πάθηση που εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά συνήθως σε γυναίκες άνω των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται από διάταση των κεντρικών, υποθηλαίων πόρων που γεμίζουν με παχύρρευστα εκκρίματα, ενώ συγχρόνως περιβάλλονται από φλεγμονώδη στοιχεία. Δεν αποτελεί προκαρκινική κατάσταση και συχνά σαν πρώτη εκδήλωση έχει ορώδες, οροαιματηρό ή παχύρρευστο έκκριμα από τη θηλή. Μπορεί να επιπλακεί με οξεία φλεγμονή-απόστημα ή χρόνια φλεγμονή (πλασματοκυτταρική μαστίτιδα) και αρκετές φορές προκαλεί εισολκή της θηλής.

### ➤ Συμπτώματα

Συνήθως, η εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων δεν προκαλεί συμπτώματα, αλλά αν παρατηρηθούν συμπτώματα, θα είναι:

- Έκκριση βρώμικου λευκού, πρασινωπού ή μαύρου χρώματος υγρού από τη θηλή.
- Κοκκινίλα στη θηλή και την περιοχή γύρω από αυτήν
- Ευαισθησία της θηλής και της γύρω περιοχής
- Ανεστραμμένη θηλή
- Οζίδιο ή πάχυνση του μαστού στην περιοχή κοντά στον αποκλεισμένο πόρο
- Μαστίτιδα-βακτηριακή λοίμωξη – μπορεί επίσης να αναπτυχθεί στον προσβεβλημένο γαλακτοφόρο πόρο το οποίο θα προκαλέσει ευαισθησία του μαστού, φλεγμονή γύρω από την περιοχή και πυρετό.
- Τα συμπτώματα της εκτασίας των γαλακτοφόρων πόρων συνήθως βελτιώνονται από μόνα τους.
- Ωστόσο, καλό είναι να επισκεφθείτε τον γιατρό εάν τα συμπτώματα είναι επίμονα, και ιδίως εάν παρατηρείται έκκριση υγρού από τη θηλή, η θηλή είναι ανεστραμμένη ή αν υπάρχει κάποια εμφανής αλλαγή στον ιστό του μαστού.

### ο **Αντιμετώπιση**

Η εγχείρηση Atkins (microdochectomy) είναι η μετά από καθετηριασμό αφαίρεση του πάσχοντος πόρου, ενώ στην εγχείρηση κατά urban γίνεται ολική αφαίρεση του υποθηλαίου συστήματος των κεντρικών πόρων μαζί με ευρύ τμήμα του μαζικού αδένου και εφαρμόζεται στις περιπτώσεις πορκεκτασίας ή πολλαπλών ενδοπορικών θηλωμάτων.



**Εικόνα 3.4** Εκτασία των πόρων

### **3.5 Κύστεις**

Περίπου 10% των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών θα αναπτύξουν μια συμπτωματική κύστη (>1cm), ενώ στις μισές από αυτές, θα ακολουθήσουν και άλλες στον ίδιο ή και στον άλλον μαστό. Θεωρείται ότι είναι λοβιακής προέλευσης και πιθανόν να έχουν ορμονική αιτιολογία.

Συνήθως οι περισσότερες κύστεις δεν προκαλούν συμπτώματα και δεν γίνονται αντιληπτές από την ασθενή ή από τον γιατρό που την ψηλαφά. Οι μεγάλες κύστεις, όμως, ιδιαίτερα αν βρίσκονται κοντά στην επιφάνεια του μαστού (κοντά στο δέρμα), συχνά είναι ψηλαφητές (αγχώνοντας τις γυναίκες που όταν τις πιάσουν, επειδή έχουν την μορφή ενός όγκου, νομίζουν ότι πρόκειται για καρκίνο). Η σύσταση τους είναι υπόσκληρη έως σκληρή και έχουν ομαλή επιφάνεια. Αν μεσολαβεί μεταξύ κύστεως και δέρματος άφθονος μαζικός ιστός, η

επιφάνεια μπορεί να ψηλαφάται ως μικροοζώδης. Οι βαθύτερες κύστεις είναι πιο δύσκολο να ψηλαφηθούν. Επίσης, μία κύστη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα παρόμοια του καρκίνου, όπως π.χ. να ρυτιδώσει το δέρμα. Μερικές φορές οι κύστεις είναι επώδυνες (ιδιαίτερα αν πιεστούν έντονα, όπως συμβαίνει κατά την διενέργεια της μαστογραφίας).

Η αντιμετώπιση κύστεων γίνεται συγχρόνως με την διαγνωστική παρακέντηση με λεπτή βελόνη, κατά την οποία αφαιρείται το περιεχόμενο τους.

*Διακρίνουμε δύο ειδών κύστεις:*

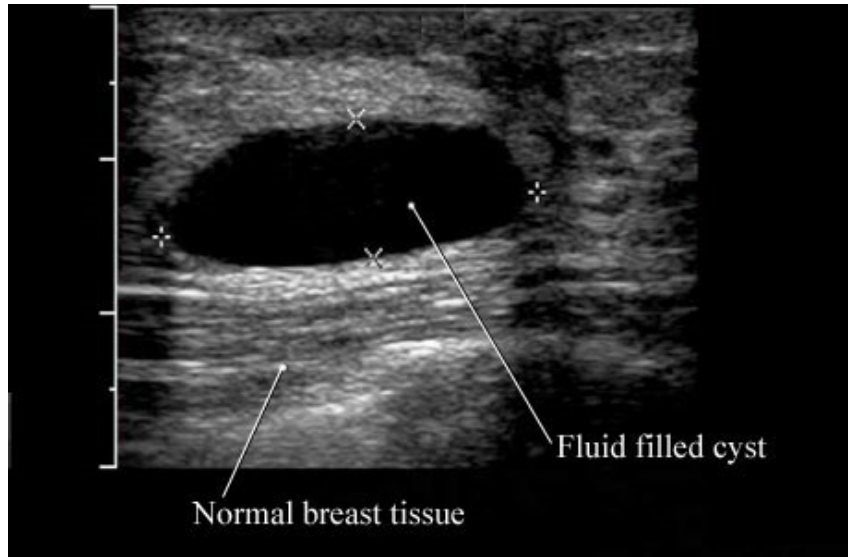
- ✓ τις **μικρές κύστεις**, με μέγεθος ελάχιστων χιλιοστών και
- ✓ τις μεγαλύτερες κύστεις (ή **μακροκύστεις**) που μπορούν να φτάσουν σε μέγεθος αρκετά εκατοστά.

#### ➤ Ενδείξεις

Αν το εσωτερικό της κύστης έχει παχύρευστο περιεχόμενο (π.χ. μετά από μία αιμορραγία) ή το τοίχωμα της είναι πεπαχυσμένο ή ανώμαλο (κάτι που συμβαίνει στο 5% των περιπτώσεων), τότε αυτή χαρακτηρίζεται ως **σύνθετη ή επιπεπλεγμένη ή άτυπη κύστη**) και είναι χρήσιμο να γίνει κυτταρολογική εξέταση του αναρροφηθέντος από την παρακέντηση υγρού. Μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί να γίνει χειρουργική αφαίρεση, ιδιαίτερα αν τα ευρήματα από τις εξετάσεις δεν είναι ξεκάθαρα.

Η πιθανότητα του ενδοκυστικού καρκίνου είναι μικρότερη από 0,5% όπως και του ενδοκυστικού θηλώματος, που απαντά κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.





**Εικόνα 3.5.** Ένδειξη Κύστης σε μαστογραφία.

### **3.6 Φλεγμονές**

Οι φλεγμονές του μαστού είναι αρκετά συχνές κατά την διάρκεια του θηλασμού (10%) και οφείλονται συνήθως σε *Staphylococcus aureus*. Εκτός θηλασμού αναπτύσσονται είτε περιφερικά είτε συνήθως κεντρικά επί εδάφους υποθηλαίας πορεκτασίας (υποτροπιάζουσες) και μπορεί να οφείλεται σε μεγαλύτερη ποικιλία μικροβίων. Παρά την χορήγηση *αντιβιοτικών* (πενικιλίνη, κεφαλοσπορίνη, η σε συνδιασμό amoxicillin και clavulanic acid), ένα ποσοστό 10% θα προχωρήσουν σε σχηματισμό αποστήματος, οπότε η χειρουργική παροχέτευση είναι απαραίτητη.

#### **➤ Επιπλοκές**

Τα *συρίγγια* αποτελούν επιπλοκή υποτροπιάζουσας φλεγμονής, αυτόματης παροχέτευσης αποστήματος ή εγχείρησης του μαστού στις ανωτέρω καταστάσεις. Αντιμετωπίζονται *χειρουργικά*, με ανοιχτή ( διάνοιξη κατά μήκος και επούλωση κατά δεύτερο σκοπό) ή κλειστή μέθοδο.



**Εικόνα 3.6** Φλεγμονή Μαστού

## ➤ Καλοήθεις όγκοι του μαστού

### 3.7 Ινοαδένωμα

Ο συχνότερος καλοήθεις όγκος είναι το **ινοαδένωμα**, που ανευρίσκεται κυρίως σε νέες γυναίκες έως 30 ετών και σήμερα θεωρείται παρέκκλιση της φυσιολογικής ανάπτυξης των λοβίων παρά σαν νεόπλασμα. Σε μικρό ποσοστό, 10-15%, μπορεί να υπάρχουν περισσότερα του ενός, στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Συνήθως είναι διαμέτρου 1-3 cm, αλλά σπάνια μπορεί να πάρει σημαντικές διαστάσεις (giant fibroadenoma).

#### ➤ **Αίτια:**

Δεν είναι ξεκάθαρο ποιοι παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση του, ποιοι δηλαδή σχετίζονται με τη δημιουργία του (παράγοντες κινδύνου) αλλά πιθανόν:

1. Τα αντισυλληπτικά στις νεότερες και η λήψη σκευασμάτων ορμονικής υποκατάστασης στις μεγαλύτερες γυναίκες έχουν ενοχοποιηθεί πως συμβάλουν προς αυτή την κατεύθυνση.
2. Γενικά τα ινοαδενώματα φαίνεται να διεγείρονται από τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη και τη γαλουχία.
3. Επίσης, η λήψη φαρμάκων που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σε ασθενείς που τους έχει γίνει μεταμόσχευση κάποιου οργάνου, έχει συνδεθεί με την εμφάνιση πολλαπλών ινοαδενωμάτων.
4. Κατά την εγκυμοσύνη είναι συχνό το φαινόμενο της αύξησης του μεγέθους των ινοαδενωμάτων.

Το πιο συχνό σύμπτωμα που οδηγεί στη διαπίστωση της ύπαρξης ενός ινοαδενώματος είναι η ψηλάφηση από την ίδια τη γυναίκα και από το γιατρό, ενός σκληρού, ομαλού, ανώδυνου όγκου στο στήθος. Συνήθως αυτός ο όγκος

είναι ευκίνητος ( γλιστρά κάτω από την πίεση των δακτύλων). Πιο συχνά βρίσκονται ινοαδενώματα στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού.

#### ❖ ΕΞΕΤΑΣΗ

Από την ψηλάφηση και μόνο είναι δύσκολο να καταλάβει ο γιατρός αν αυτό που ψηλαφά είναι κύστη ή ινοαδένωμα. Η εξέταση που κατά κανόνα ξεχωρίζει αυτά τα δύο είναι το υπερηχογράφημα. Αυτό αφορά όλες τις ηλικίες και όχι μόνο τις νεαρές, όπου το υπερηχογράφημα είναι η καλύτερη μέθοδος απεικόνισης. Αν η γυναίκα είναι μεγαλύτερη των 25 ετών, τότε εκτός από την κλινική εξέταση και το υπερηχογράφημα, πρέπει να υποβληθεί και σε παρακέντηση του ινοαδενώματος με λεπτή ή ευρύστομη (χοντρή) βελόνα, για να γίνει κυτταρολογική ή ιστολογική εξέταση του. Τα πιο πολλά ινοαδενώματα δεν ξεπερνούν σε μέγεθος τα 2 εκ.. Πολλά απ' αυτά θα παραμείνουν στάσιμα σε μέγεθος, άλλα θα συνεχίσουν να αυξάνονται ( συνήθως έως 2 εκ.), κάποια θα υποχωρήσουν μετά από καιρό και ένα ποσοστό θα αυξηθεί σε μέγεθος ακόμα περισσότερο, ξεπερνώντας τα 2,5 ή τα 3 εκ.

#### ➤ ΜΟΡΦΕΣ

Τα ινοαδενώματα έχουν αρκετές παραλλαγές ( υποκατηγορίες) στην μικροσκοπική εμφάνιση τους. Μία απ' αυτές είναι:

- i. Τα **σύνθετα ινοαδενώματα**, που εμφανίζονται συνήθως σε μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, είναι αυτά που συνοδεύονται και από άλλες αλλοιώσεις και συνδέονται με μια μεγαλύτερη του συνήθους πιθανότητα για εμφάνιση καρκίνου του μαστού.
- ii. Το **νεανικό ή γιγαντιαίο ινοαδένωμα**, το οποίο εμφανίζεται πιο συχνά σε νεαρές γυναίκες ( κάτω από την ηλικία των 20 ετών) και χαρακτηρίζεται από την γρήγορη αύξηση του μεγέθους του ( που ξεπερνά τα 5 εκ). Δεν είναι σύνηθες, αφού αφορά το 3-4% των ινοαδενωμάτων.

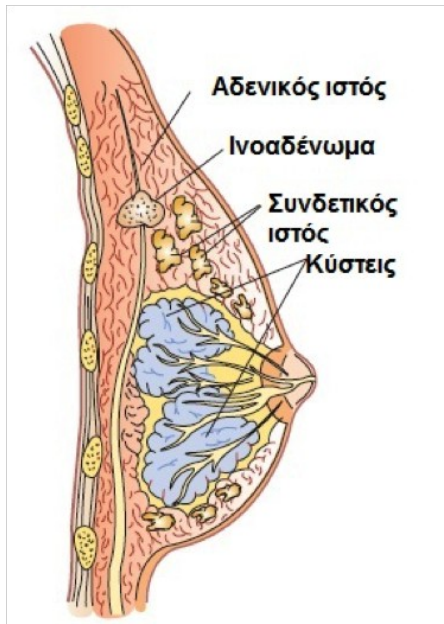
## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πιθανότητα να εμφανιστεί καρκίνος μέσα στο ινοαδένωμα ( να μετατραπεί το ινοαδένωμα σε κακοήθεια) είναι εξαιρετική σπανιότητα. Πιο συχνά (και πάλι όμως σπάνια) έχει διαπιστωθεί να υπάρχει καρκίνος, συνήθως λοβιακού τύπου, δίπλα σ' ένα ινοαδένωμα. Από την άλλη μεριά, πολύ σπάνια, ιδίως σε γυναίκες μετά τα 40, δεν αποκλείεται ένας όγκος που είχε διαγνωστεί ως ινοαδένωμα, να αποδειχθεί πως ήταν κακοήθης μετά την αφαίρεση του.

Μία γυναίκα που έχει εμφανίσει ινοαδένωμα και έχει επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, όπως επίσης οι γυναίκες που σε ιστολογική εξέταση έχουν και άλλες βλάβες του μαζικού αδένα, φαίνεται πως έχουν έναν πιο αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

### ✓ Συμπερασματικά

Οι νέες γυναίκες δεν πρέπει να τρομάζουν, όπως συμβαίνει πολύ συχνά όταν πιάσουν έναν όγκο στο στήθος τους. Στη νεαρή ηλικία το ινοαδένωμα είναι κατά πολύ συχνότερο απ' ότι είναι ο καρκίνος και δεν χρειάζεται οπωσδήποτε χειρουργική αφαίρεση.



**Εικόνα 3.7** Ινοαδένωμα

### 3.8 Φυλλοειδής όγκος

Ο **φυλλοειδής όγκος**\_(φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα) αποτελεί ιδιαίτερη παθολογοανατομική οντότητα, περιέχει τόσο επιθηλιακής όσο και μεσεγχυματικής προέλευσης στοιχεία και σπάνια είναι κακοήθης (σαρκωματώδης εξαλλαγή). Η αντιμετώπιση του είναι χειρουργική αφαίρεση ‘επι υγιούς’, ενώ στις περιπτώσεις κακοήθειας κυμαίνεται από ευρεία εκτομή έως απλά μαστεκτομή ( σπάνια δίνει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες) ανάλογα με το μέγεθος του μαστού και το βαθμό κακοήθειας.

Πιο συχνά εμφανίζονται σε ώριμες γυναίκες, συνήθως στην ηλικίες μεταξύ 40 – 50 ετών. Είναι σπάνιο να εμφανιστούν στην εφηβική ηλικία, Οι ασθενείς παρουσιάζονται στο γιατρό με μια ψηλαφητή σκληρή (συμπαγή) μάζα στο στήθος. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι αυξήθηκε το μέγεθος της αρκετά γρήγορα, σε μερικές εβδομάδες ή λίγους μήνες.

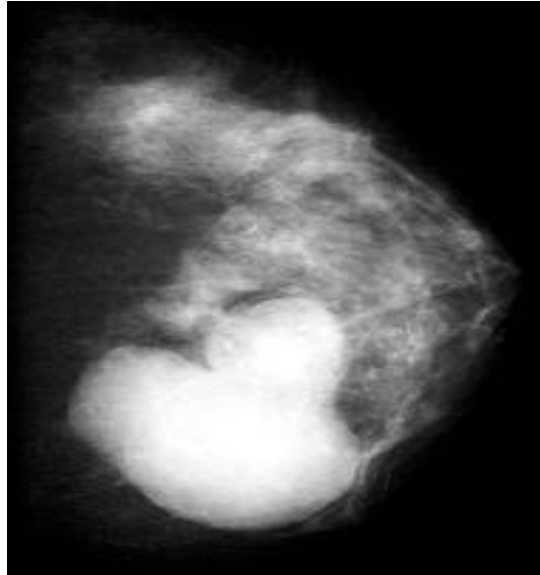
#### ◆ **Διάγνωση**

Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα δείχνουν συνήθως μία μεγάλη μάζα με ομαλά όρια. Καμία από τις δύο εξετάσεις δεν μπορεί να ξεχωρίσει αν αυτό που απεικονίζεται είναι φυλλοειδής όγκος ή ινοαδένωμα. Εκείνο που εγείρει την υποψία είναι το μέγεθος του όγκου. Η μαγνητική μαστογραφία βοηθά στον καλύτερο προσδιορισμό των ορίων του όγκου ( της εξωτερικής περιφέρειας του), που μπορεί να βοηθήσει τον χειρουργό να σχεδιάσει καλύτερα την επέμβαση του.

Σπανιότερα στον μαστό μπορούν να αναπτυχθούν *λιπώματα*, *αδενώματα* και *αρματώματα*, τα οποία επίσης αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

### **Επομένως:**

Ο φυλλοειδής όγκος είναι μία σπάνια πάθηση, που αναπτύσσεται ως μάζα γρήγορα και πρέπει να αντιμετωπιστεί εξ' αρχής πιο ριζικά ώστε να μειώσει τις τοπικές υποτροπές, που είναι συνήθεις σ' αυτούς τους όγκους.



**Εικόνα 3.8** Φυλλοειδής Όγκος

### **3.9 Σκληρυντική Αδένωση**

Αποτελεί παθολογοανατομικό εύρημα, που χαρακτηρίζεται από εκτροπή της φυσιολογικής ανάπτυξης των λοβίων, υπερπλασία των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και ανάπτυξη ινώδους ιστού. Πολλές φορές συνοδεύεται από πόνο και όταν δεν είναι πολυεστιακή μπορεί να σχηματίζει μια συγκεκριμένη σκληρία μέσα στον φυσιολογικό μαστό, που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τον καρκίνο. Η εξέλιξη των μικροσκοπικών ευρημάτων που χαρακτηρίζουν την ινοκυστική νόσο (πολλαπλασιασμός αδενικών κυψέλων και πόρων με σχηματισμό λοβίων) σε

συμπαγή όγκο, αναφέρεται σαν μία ξεχωριστή οντότητα που ονομάζεται Αδένωση ή σκληρυντική αδένωση του μαστού.(Tumor Adenosis).

### ✓ **ΑΙΤΙΑ**

Συνήθως αφορά γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας ,όπως και η ινοκυστική νόσος. Η χρήση αντισυλληπτικών ,ή/και οιστρογόνων για θεραπευτικούς ή άλλους λόγους σχετίζεται με την εμφάνιση του όγκου. Στην εξέταση η αδένωση του μαστού εμφανίζεται με τη μορφή μικρών ,σκληρών όγκων με ασαφή όρια και ελαττωμένη κινητικότητα. Χωρίς όμως εισολκή θηλής ή παραμόρφωση του υπερκείμενου δέρματος.

### ✓ **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

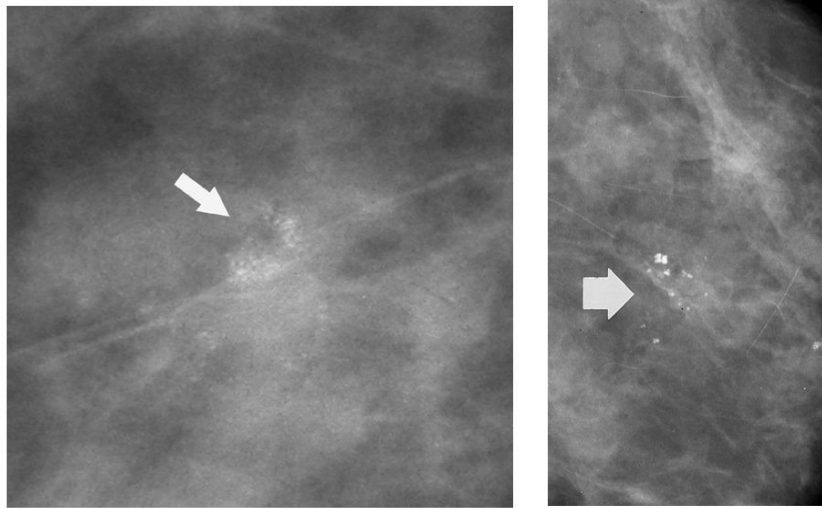
Ακόμη και με τη χρήση ελαστογραφίας και σύγχρονης υπερηχογραφίας, όπως επίσης και μετά τη χρήση ,αξονικής ,μαστογραφίας ,Τομοσύνθεσης ή και μαγνητικής τομογραφίας η έντονη υποψία κακοήθους νόσου δεν μπορεί να αποκλεισθεί.

Το βασικό ιστολογικό εύρημα ,ο πολλαπλασιασμός των επιθηλιακών κυττάρων των κυψελών , δίνει την εντύπωση της » διήθησης» στους υποκείμενους ιστούς , και συχνά ακόμη και στη ταχεία βιοψία κατά τη διάρκεια της αφαίρεσης του όγκου ,μπορεί λανθασμένα να χαρακτηριστεί ως καρκίνωμα απο τους παθολογοανατόμους .

Η τελική βέβαια και προσεκτική μελέτη θα βάλει τη διάγνωση της αδένωσης. Συνήθως η αδένωση υποστρέφει μετά την εμμηνόπαυση ,όπως και η ινοκυστική νόσος. Η πιθανότητα εξαλλαγής είναι ασήμαντη. Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού απο αναρρόφηση με βελόνη είναι αναξιόπιστη ,προσθέτοντας πολλά ψευδώς θετικά και αρνητικά αποτελέσματα . Η μέθοδος επιλογής είναι η τοπική και πλήρης εκτομή (αφαίρεση ) του όγκου σε όρια υγιούς ιστού.



## Σκληρυντική αδένωση



Εικόνα 3.9 Σκληρυντική αδένωση

### 3.10 Ινοκυστική νόσος (χρόνια κυστική μαστίτιδα)

Πρόκειται για καταχρηστικά χρησιμοποιούμενους κλινικά όρους, που παθολογοανατομικά καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα των καλοήθων αλλοιώσεων του μαστού. Η ινοκυστική μαστοπάθεια αντιπροσωπεύει μία από τις συνηθέστερες παθήσεις του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών. Παρατηρείται τουλάχιστον στο 60% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και έχει μικρότερη συχνότητα σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία. Στους πιθανούς παράγοντες αυξημένου κινδύνου περιλαμβάνονται η κληρονομικότητα και οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου, όπως η πρόσληψη μεγάλης ποσότητας καφεΐνης και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος. Η κατάσταση αυτή συνήθως εμφανίζει ύφεση μετά την [εμμηνόπαυση](#).

## ▪ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, το στήθος διογκώνεται και στη συνέχεια επανέρχεται στο αρχικό του μέγεθος. Αυτή η κυκλική του μεταβολή οφείλεται στην ορμονική διέγερση των μαστών που οδηγεί σε διόγκωση των γαλακτοπαραγωγών αδένων και πόρων και σε κατακράτηση υγρών. Ως επακόλουθο, το στήθος είναι οιδηματώδες (πρησμένο), επώδυνο στην ψηλάφηση, ευαίσθητο και γεμάτο με μικρές μάζες στην περίπτωση που η γυναίκα έχει ινοκυστική μαστοπάθεια. Μετά την περίοδο, το μέγεθος των μαστών μικραίνει, ενώ δεν παρατηρείται έντονη ευαισθησία ούτε πόνος και οι όγκοι δύσκολα ψηλαφώνται. Τα συμπτώματα ενισχύονται χαρακτηριστικά κατά το δεύτερο ήμισυ του εμμηνορρυσιακού κύκλου και φτάνουν στη μέγιστη έντασή τους τις τελευταίες ημέρες πριν από την περίοδο.

Στη συνέχεια, παρουσιάζουν ύφεση και ο κύκλος ξαναρχίζει ακολουθώντας τις μηνιαίες ορμονικές μεταβολές του γυναικείου συστήματος. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι τα παρακάτω:

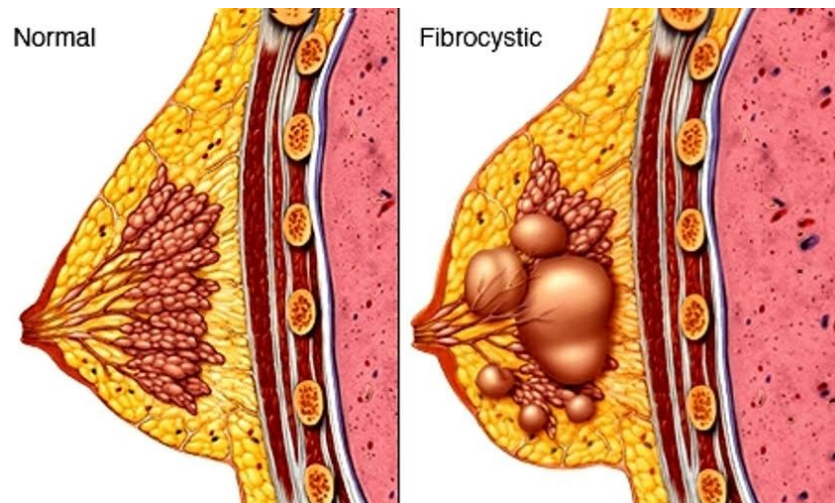
- Οι μαστοί εμφανίζουν περιοχές με πιο σκληρή σύσταση ή πολλαπλές μικρές μάζες ή έχουν ανώμαλη υφή. Χαρακτηριστικά, οι μαστοί με ινοκυστική μαστοπάθεια δίνουν την αίσθηση πολυάριθμων διάσπαρτων χαντρών σε όλο το μαζικό αδένα. Αυτό οφείλεται στη συνεχή ορμονική διέγερση που προκαλεί πάχυνση των ιστών του μαστού, καθώς και ανάπτυξη κυστικών δομών σε αποφραγμένους ή διατεταγμένους γαλακτοπαραγωγούς αδένες (οι μεταβολές ινοκυστικού τύπου).
- Τις περισσότερες φορές οι μεταβολές ινοκυστικού τύπου παρατηρούνται και στους δύο μαστούς και συνήθως εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο των μαστών, όπου συχνά γίνεται αισθητό και το όριο του μαζικού αδένα.
- Οι προεμμηνοπαυσικές γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια μπορεί να εμφανίζουν διόγκωση του μεγέθους των κύστεων, καθώς και δυσανεξία, η οποία κυμαίνεται από αίσθημα πληρότητας ή 'βάρους' των μαστών έως

‘βουβό πόνο’ ή και υπερβολική ευαισθησία ή αίσθημα καύσους. Μερικές γυναίκες πονούν τόσο πολύ που είναι αδύνατον ακόμη και να αγγίξουν το στήθος τους.

✓ **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Σε περίπτωση ψηλαφητού οζιδίου του μαστού, το κύριο μέλημα του γιατρού είναι να διασφαλίσει ότι δεν είναι καρκινικό. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει ένα μεμονωμένο οζίδιο με χαρακτηριστικά κύστης, ο γιατρός μπορεί να παρακεντήσει την κύστη με μια λεπτή βελόνα, προκειμένου επίσης αν κρίνει, να στείλει για κυτταρολογική εξέταση.

Όταν αναρροφηθεί το υγρό, κανονικά δεν θα πρέπει να επανεμφανιστεί αποδεικνύοντας ότι επρόκειτο για μια κύστη. Αν το υγρό περιέχει αίμα ή φαίνεται αφύσικο κατά οποιονδήποτε τρόπο, το δείγμα θα σταλεί οπωσδήποτε στο εργαστήριο για ανάλυση.



**Εικόνα 3.10** Ινοκυστική νόσος

### **3.11 Νόσος του Mondor**

Πρόκειται για επιπολής θρομβοφλεβίτιδα των φλέβων της περιοχής του μαστού. Χαρακτηρίζεται από πόνο και σχοινοειδή σκληρία, που αντιστοιχεί στην θρομβώμενη φλέβα. Είναι σπάνια, άγνωστης αιτιολογίας υποχωρεί αυτόματα. Η κλινική εικόνα σε συνδυασμό με τα ευρήματα στη μαστογραφία και τους υπέρηχους, έθεσε τη διάγνωση της νόσου Mondor ως την επικρατέστερη και οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με φαρμακευτική θεραπεία. Τα συμπτώματα υποχώρησαν σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, ενώ κατά τον επανέλεγχο επιβεβαιώθηκε η πλήρης υποστροφή των αλλοιώσεων.

#### **✓ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

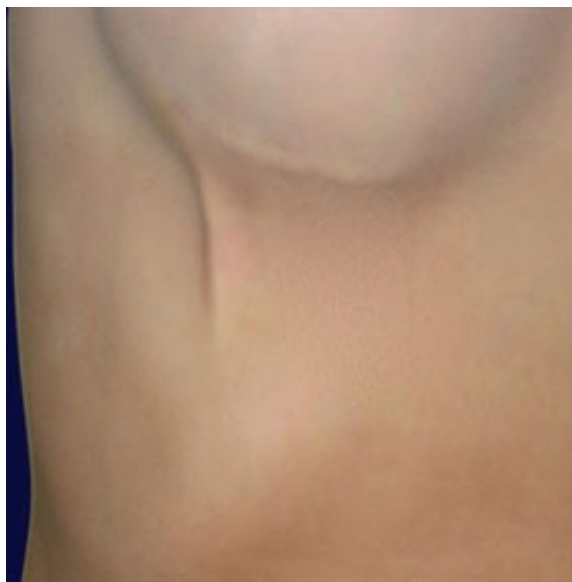
Τα πρώτα συμπτώματα είναι άλγος, ευαισθησία και μερικές φορές ερυθρότητα λόγω θρόμβωσης φλεβικών κλάδων. Οι φλέβες που θρομβώνονται είναι κλάδοι της έξω θωρακικής, της θωρακοεπιγιάστριας και της άνω επιγιάστριας

#### **❖ ΑΙΤΙΑ**

Τα αίτια της νόσου δεν έχουν αποσαφηνισθεί πλήρως έως σήμερα. Ενοχοποιούνται απευθείας τραυματισμός ή πίεση επί της έξω θωρακικής φλέβας που οδηγούν σε φλεβική στάση και θρόμβωση. Χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό, βιοψία του μαστού, φλεγμονές και καρκίνος σχετίζονται με τη νόσο. Στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχει καρκίνος, η θρόμβωση αποδίδεται σε απευθείας πίεση του όγκου ή διογκωμένων μασχαλαίων λεμφαδένων επί της φλέβας. Στις περιπτώσεις που τα ανωτέρω αίτια απουσιάζουν, η θρόμβωση αποδίδεται σε επαναλαμβανόμενες κινήσεις του μαστού μαζί με τους θωρακικούς μύες.

### ❖ **Αντιμετώπιση**

Ο συνδυασμός της κλινικής εικόνας και των απεικονιστικών ευρημάτων θέτει τη διάγνωση της νόσου Mondor και η διενέργεια βιοψίας θα πρέπει να αποφεύγεται αφού πρόκειται για καλοήγη οντότητα. Σε κάθε περίπτωση όμως κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιείται επανέλεγχος σε σύντομο χρονικό διάστημα (εντός 6 μηνών).



**Εικόνα 3.11** Νόσος Mondor

### **3.12 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού και πιθανότητες καρκίνου.**

Σύμφωνα με τις απόψεις της Αμερικάνικης Αντικαρκινικής Εταιρείας μετά από παθολογοανατομικές μελέτες, έχει προσδιορισθεί κατά πόσο η παρουσία συγκεκριμένων αλλοιώσεων προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου.

- i. Δεν αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού η σκληρυντική αδένωση, οι κύστεις, πορεκτασία, το ινοαδένωμα, η απλή επιθηλιακή υπερπλασία, οι φλεγμονές (μαστίτιδες).
- ii. Αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο(1,5 έως 2 φορές) η μέτρια επιθηλιακή υπερπλασία και τα ενδοπορικά θηλώματα.
- iii. Αυξάνει ισχυρά το σχετικό κίνδυνο (5 φορές) η άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου των πόρων ή των λοβίων.

### **3.13 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού στον άνδρα**

Ο ανδρικός μαζικός αδένας λόγω απουσίας φυσιολογικά οιστρογονικού ερεθίσματος, στερείται ανάπτυξης των λοβίων. Γι'αυτό σπανιότατα παρατηρούνται παθήσεις που προέρχονται από τα λοβία, όπως π.χ. το ινοαδένωμα. Υπολογίζεται από τις παθήσεις του μαστού στον άνδρα, το 65% αντιπροσωπεύει η γυναικομαστία, 25% ο καρκίνος και 10% όλες οι υπόλοιπες καλοήθειες καταστάσεις (έκκριμα, πορεκτασία, φλεγμονές, αδένωμα θηλής, νόσος του Mondor.

#### **➤ Γυναικομαστία**

Είναι η αύξηση των πόρων και του στρώματος του ανδρικού μαζικού αδένου και εμφανίζεται σαν ομότιμη, δισκοειδής διόγκωση κάτω από την θηλή. Είναι συχνή κατά την ήβη. Τα δύο τρίτα των αγοριών κατά την περίοδο αυτή έχουν ευαισθησία και διόγκωση του στήθους. Ορισμένοι άνδρες και αγόρια έχουν λίπος πάνω στο στήθος τους, που το κάνει να φαίνεται σαν να έχουν μαστούς. Αυτό δεν είναι το ίδιο με τη γυναικομαστία.

✓ **Από τι αποτελείται:**

Φυσιολογικά το αντρικό στήθος αποτελείται από το σύμπλεγμα της θηλής (θηλή-θηλαία άλω) και από έναν μικρό αδένα που ονομάζεται **μαζικός αδένας** και βρίσκεται πίσω από τη θηλή. Ο μαζικός αδένας είναι μικρός σε μέγεθος στους άνδρες και παραμένει ατροφικός καθώς δεν αναπτύσσεται κατά την εφηβεία όπως αντίθετα συμβαίνει με τον μαζικό αδένα του γυναικείου στήθους. Η ανάπτυξη του μαζικού αδένα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες είναι αποτέλεσμα δράσης ειδικών ορμονών που ονομάζονται οιστρογόνα και είναι αυτές οι ορμόνες οι οποίες δίνουν τα γνωρίσματα του γυναικείου φύλου. Αυτό που τελικά καθορίζει την ανάπτυξη της γυναικομαστίας, είναι η αναλογία των οιστρογόνων προς τα ανδρογόνα.

#### ➤ **Λιπομαστία:**

Με τον όρο γυναικομαστία αναφερόμαστε στον υπερτροφικό μαζικό αδένα, ενώ με τον όρο **ψευδογυναικομαστία** ή **λιπομαστία** στην συσσώρευση λίπους στο αντρικό στήθος, χωρίς την παρουσία υπερτροφικού αδένα. Στο 99% των περιπτώσεων διογκωμένου στήθους, πρόκειται για λιπομαστία και μόνο το 1% των περιπτώσεων είναι γυναικομαστία. Η διάγνωση μεταξύ των δύο, γίνεται συνήθως με μαστογραφία ή με υπερηχογράφημα.

Η γυναικομαστία μπορεί να αφορά μόνο τον ένα μαστό, συνηθέστερα όμως είναι μια κατάσταση που προσβάλλει το αντρικό στήθος αμφοτερόπλευρα. Αν και η μεγέθυνση των μαστών υποχωρεί συνήθως με την αύξηση της ηλικίας το πρόβλημα επιμένει στο 8% των αγοριών περίπου.

Αν και η γυναικομαστία δεν προκαλεί προβλήματα υγείας, μπορεί να κάνει τους μαστούς επώδυνους και να προκαλεί αίσθημα ντροπής στους άνδρες. Χρειάζεται θεραπεία, αν η διογκωση των μαστών προκαλείται από μια νόσο ή όγκο.

#### ◆ **Αίτια:**

Όταν όμως οι άνδρες έχουν πολλά οιστρογόνα μπορεί να έχουν αναπτυγμένους μαστούς. Η σχέση μεταξύ αύξησης οιστρογόνων και της ανάπτυξης γυναικομαστίας έχει αναγνωρισθεί εδώ και πολλά χρόνια. Είναι

εμφανής στη γυναικομαστία που παρατηρείται μετά τη χορήγηση οιστρογόνων, για θεραπευτικούς λόγους, όπως π.χ. στον καρκίνο του προστάτη.

Στην ώριμη ηλικία (πάνω από 60 ετών), ο μαζικός αδένας φυσιολογικά διογκώνεται και αιτία είναι η εξασθένηση της σχέσης τεστοστερόνης – οιστρογόνων. Μπορεί το φαινόμενο να είναι ανεπιθύμητο αλλά δεν είναι παθολογικό. Στην περίπτωση όμως που αιτία είναι ο υπογοναδισμός (μειωμένη παραγωγή τεστοστερόνης ή σπερματοζωαρίων) μιλάμε για παθολογική γυναικομαστία.

Επίσης η χρόνια ηπατική νόσος, ο **υπερθυρεοειδισμός** και σπάνιοι **ενδοκρινικοί όγκοι** μπορούν να προκαλέσουν επίσης διόγκωση των μαστών, όπως και ο καρκίνος του μαστού, ο οποίος βέβαια εμφανίζεται πολύ σπάνια σε άνδρες. Παθήσεις όπως ο υπογοναδισμός, η κίρρωση του ήπατος, η νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, η υποφυσιακή ανεπάρκεια και ο καρκίνος των όρχεων αποκαλύπτονται ορισμένες φορές μετά από διερεύνηση της γυναικομαστίας.

Γενικά οφείλεται σε ορμονικά αίτια και **διακρίνεται:**

1. Σε πρωτοπαθή (νεογνών και εφηβείας) και
2. Δευτεροπαθή ( ορμονοεκκριτικοί όγκοι, παθήσεις όρχεων, σύνδρομο klinefelter, ηπατική ανεπάρκεια, φάρμακα, όπως διγοξίνη, ρεζερπίνη, σιμετιδίνη).

#### ❖ **Αντιμετώπιση**

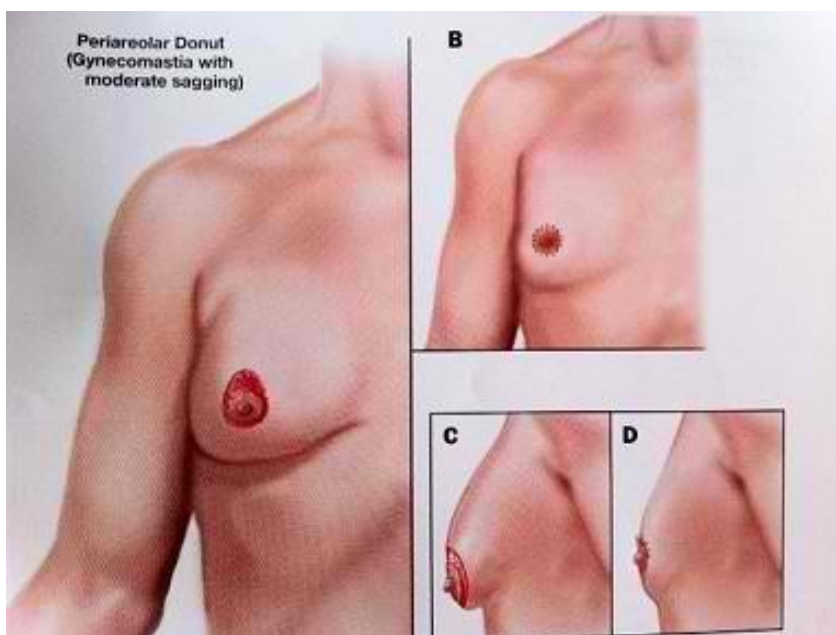
Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δεν απαιτείται ειδική θεραπεία, ενώ σε μικρό αριθμό θα χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή (Nadrolone ή Danatrol).

Χειρουργική αντιμετώπιση (υποδόρια μαστεκτομή) έχει θέση σε λίγες περιπτώσεις και αυτό για κοσμητικούς-αισθητικούς λόγους, ενώ μερικές φορές σε ετερόπλευρη γυναικομαστία επιβάλλεται η βιοψία για τον αποκλεισμό του καρκίνου.



### ➤ **Επιπλοκές**

Από τις πιθανές επιπλοκές η συχνότερη είναι το αιμάτωμα που συμβαίνει συνήθως τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση και πρέπει ο ασθενής να επιστρέψει στο χειρουργείο για να αντιμετωπιστεί. Άλλη πιθανή επιπλοκή είναι η φλεγμονή που εάν συμβεί θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με αντιβιοτικό.



**Εικόνα 3.13.** Γυναικομαστία

### **3.14 Νόσος Μορφέα**

Η νόσος μορφέα, ή το σκληρόδερμα, χαρακτηρίζεται από περίσσεια εναπόθεση κολλαγόνου και ζημια στους ινοβλαστες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πύκνωση και τη συγκόλληση του δέρματος και των υποδόριων ιστών, προκαλώντας συχνά σημαντική νοσηρότητα.

Η νόσος μορφέα που προκλήθηκε από την ακτινοβολία αναφέρθηκε ήδη από το 1900, αλλά από τότε η αντίληψη αυτής της κατάστασης έχει μειωθεί. Η περίπτωση που προκαλείται από ακτινοβολία λέγεται ότι είναι 2 στις 1000. Η επέκταση της νόσου μορφέα πέρα από την ακτινοβολία εμφανίζεται περίπου στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων. Δεν υπάρχουν αποδεδειγμένες αποτελεσματικές θεραπείες και χειρουργική εκτομή δεν επιχειρήθηκε.

### **Περιπτώσεις:**

Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις νόσου μορφέα του μαστού:

- Ο πρώτος ασθενής μπορεί να αναπτύξει νοσο χωρίς τους παραγοντες που την προκαλουν. Αυτό θεραπευεται με την μείωση μαστου, αφαιροντας την νοσο μέσα από το δέρμα.
- Ο δεύτερος ασθενής ανέπτυξε μετά από μια πορεία ακτινοθεραπείας για καρκίνωμα του μαστού..

Η νοσος αυτή είναι συνεπεια ακτινοθεραπείας που πρέπει να ξεχωριζεται από τη σκληροδερμια του κανονικου όγκου. Χειρουργική εκτομή είναι δυνατή σε ορισμένους ασθενείς.



**Εικόνα 3.14** Νόσος του μορφέα

### **3.15 Έκζεμα στην θηλή**

Οι παθήσεις του δέρματος όπως το έκζεμα ή η δερματίτιδα μπορεί να εμφανιστούν στη θηλή και το επίπεδο μέρος γύρω από τη θηλή. Αυτά τα προβλήματα είναι πιο συνηθισμένα στις γυναίκες που τείνουν να είναι αλλεργικές (π.χ., έχοντας ένα γνωστό έκζεμα, άσθμα ή αλλεργική ρινίτιδα) ή που είναι έγκυες ή θηλάζουν. Ο ερεθισμός στην δερματίτιδα εξ επαφής προκαλείται από φλεγμονή του δέρματος από τα προϊόντα όπως σαμπουάν, σαπούνι, απορρυπαντικά πλύσης ή χημικά. Η αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής είναι η αλλεργία σε ένα προϊόν που χρησιμοποιείται στο δέρμα.

#### **➤ Συμπτώματα**

Με οποιαδήποτε από αυτές τις αιτίες, εμφανίζεται εξάνθημα στη θηλή που προκαλεί ξηρότητα. Το εξάνθημα συνήθως εμφανίζει φαγούρα και μπορεί να είναι σε ένα ή και στα δύο στήθοι. Μπορεί να υπάρχει παράλληλα πυρετός, ειδικά αν θηλάζει η γυναίκα. Στις γυναίκες που θηλάζουν συχνά εμφανίζονται τα συμπτώματα την ώρα που το βρέφος βγάζει τα πρώτα του δόντια.



**Εικόνα 3.15 Έκζεμα Θηλής**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΛΑΣΗΣ ΜΑΣΤΩΝ

#### 4.1 Υπερθηλία

Η υπερθηλία είναι συνηθισμένη σαν δευτερεύουσα συγγενείς δυσπλασία που αποτελείται από πολλές θηλές που συνήθως εμφανίζονται στο στήθος. Η υπερθηλία βρίσκεται κατά μήκος των εμβρυϊκών γραμμών γάλακτος. Εκτοπικές υπεράριθμες θηλές βρίσκονται πέρα από τις εμβρυϊκές γραμμές γάλακτος. Η εμβρυϊκή γραμμή γάλακτος είναι η γραμμή όπου δυνητικά εμφανίζεται στον μαστό όπως παρατηρείται σε πολλά θηλαστικά. Στον άνθρωπο, η εμβρυϊκή γραμμή γάλακτος εκτείνεται διμερώς από ένα σημείο ελαφρώς πέρα από τα άξονα στους βραχίονες, κάτω από το στήθος και την κοιλιά προς τη βουβωνική χώρα. Θεωρείται γενικά ότι καταλήγει στις εγγύς εσωτερικές πλευρές των μηρών, αν και έχουν περιγραφεί υπεράριθμες θηλές στο πόδι. Οι υπεράριθμες θηλές μπορούν να εμφανιστούν με πλήρεις ιστούς μαστού και πόρους και στη συνέχεια αναφέρονται ως πολυμαστία ή μπορούν να εμφανιστούν εν μέρει με οποιονδήποτε από τους εμπλεκόμενους ιστούς.

Η έλλειψη περιγραφής των υπεράριθμων θηλών στα ιατρικά γραπτά οφείλεται πιθανότατα στην σχετικά μικρή κλινική σημασία της. Η εμφάνιση υπερθηλίας έχει τεκμηριωθεί από τους ρωμαϊκούς χρόνους και εμφανίστηκε σε θρύλους και εθνική μυθολογία πριν από εκείνη την εποχή. Οι υπεράριθμες θηλές, και ειδικότερα η πολυμαστία, αποδόθηκαν στην αυξημένη θηλυκότητα και τη γονιμότητα.

### ❖ **Υπερθηλία στην Αρχαία Ελλάδα:**

Οι αρχαίοι καλλιτέχνες απεικόνιζαν τη θεά της Αρτέμιδος της Εφέσου και της φοινικικής θεάς της γονιμότητας, ο Ασάρτης, όπως και άλλες αρχαίες θεότητες. Η Anne Boleyn, η σύζυγος του βασιλιά Henry VIII, ήταν γνωστό ότι είχε ένα τρίτο στήθος. Οι υπεράριθμες θηλές στους άνδρες ήταν ένα σημάδι ανδροπρέπειας και τους προικίζουν με θεικές δυνάμεις. Σήμερα, τα αστέρια κινηματογράφου εκθέτουν τις υπεράριθμες θηλές τους στον κινηματογράφο με το ίδιο αποτέλεσμα. [3]

Η πρώτη ιατρική έκθεση χρονολογείται από το 1878, όταν ο Leichtenstern εκτιμά ότι η εμφάνιση των υπεράριθμων θηλών είναι 1 στα 500 (0,2%). Τα τελευταία χρόνια, οι υπεράριθμες θηλές και η σύνδεσή τους με άλλες συγγενείς ανωμαλίες και κακοήθειες έχουν αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής συζήτησης.

### ➤ **Εντοπίζονται:**

Σε πολλά σύνδρομα, αλλά, στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι μάλλον τυχαίο εύρημα. Αυτά τα σύνδρομα περιλαμβάνουν το σύνδρομο Turner, την αναιμία Fanconi, άλλες αιματολογικές διαταραχές, εξωδερμική δυσπλασία, Σύνδρομο Kaufman-McKusick. Char, σύνδρομο Simpson-Golabi-Behmel και τα δερμολιπώματα(πάνω από τον βολβο του ματιού).

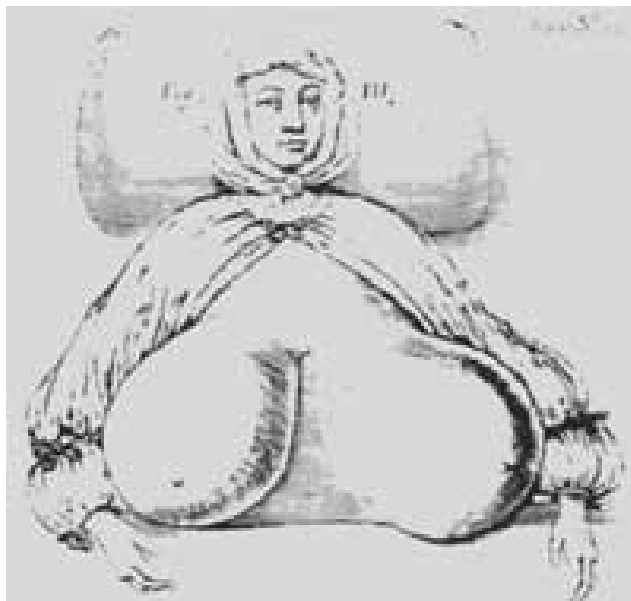
Εκτός από τις δυσπλασίες των νεφρών και των ουροφόρων οδών έχουν αναφερθεί υπεράριθμες θηλές σε συνδυασμό με κακοήθειες των οργάνων, όπως το νεφρικό αδενοκαρκίνωμα, ο ορχικός καρκίνος, ο καρκίνος του προστάτη και το καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης.



**Εικόνα 4.1** Υπερθηλία

#### **4.2 Γιγαντομαστία**

Η γιγαντομαστία ή μακρομαστία ορίζεται σαν το υπερβολικό μέγεθος μαστού (6.5 κιλά ανά μαστό). Είναι γνωστή και σαν μακρομαστία και αφορά συνήθως και τις δύο πλευρές και πρόκειται για μια καλοήγη μεγάλη υπερτροφία του μαστού. Η γιγαντομαστία περιγράφηκε το 1648 στην βιβλιογραφία. Πιθανώς να οφείλεται στην μεγάλη ευαισθησία της γυναίκας στην δράση της προλακτίνης, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και στην παρουσία ή όχι των ορμονών αυτών στο αίμα της γυναίκας. Μελέτες έχουν δείξει μια διαταραγμένη αντίδραση του μαστού στις ορμόνες αυτές. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις ο μαστός μπορεί να ζυγίζει και 9 κιλά. Η μεγαλύτερη αναφορά είναι για μαστούς 30 κιλά (ανά μαστό). Συμβαίνει 1 περίπτωση κάθε 28.000 γεννήσεις .



**Εικόνα 4.2** Γιγαντομαστια

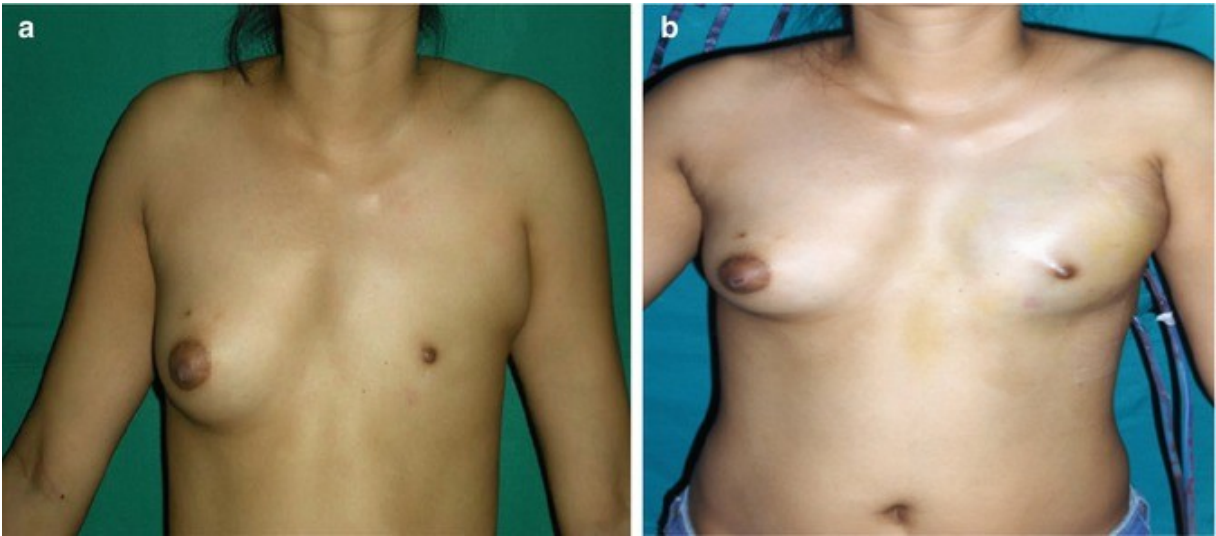
### **4.3 Αμαστία**

Η πλήρης απουσία του ενός ή και των δύο μαστών ονομάζεται αμαστία, ενώ η απουσία της μίας ή και των δύο θηλών αθηλία. Η υποπλασία των μαστών γίνεται εμφανής μετά την έναρξη της εφηβείας και περιγράφεται παρακάτω μαζί με τις επίκτητες αναπτυξιακές διαταραχές. Η αμαστία είναι σπάνια ανωμαλία, είναι συνήθως ετερόπλευρη και οφείλεται σε πλήρη εξαφάνιση της μαστικής γραμμής.

#### **◆ Σύνδρομο Poland**

Η αμαστία και η αθηλία μπορεί να συνοδεύονται και από ανωμαλίες του υποκείμενου θωρακικού τοιχώματος στο πλαίσιο του συνδρόμου Poland (εικόνα 3.3). Το σύνδρομο Poland, είναι σχεδόν πάντα μονόπλευρο και χαρακτηρίζεται από υποπλασία ή απλασία του μαστού και/ή της θηλής, υποπλασία του υποδορίου λίπους στο θωρακικό τοίχωμα, υποπλασία ή απλασία του μείζονος και/ή ελάσσονος θωρακικού μυός, καθώς και άλλων μυών του κορμού, όπως ο

δελτοειδής, ο πλατύς ραχιαίος και ο έξω λοξός και ο ορθός κοιλιακός μυς, ανώμαλη ανάπτυξη των πλευρικών χόνδρων και ανωμαλίες των πλευρών. Οι ανωμαλίες του κορμού στο σύνδρομο Poland, συνήθως συνοδεύονται και από ανωμαλίες του σύστοιχου άνω άκρου, που ποικίλλουν ευρέως σε έκταση και βαρύτητα, με πιο συχνή ανωμαλία τη βραχυσυνδακτυλία.



**Εικόνα 4.3** Σύνδρομο Poland



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

#### 5.1 Καρκίνος του μαστού

##### Συχνότητα



Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την συχνότερη μορφή καοήθους νεοπλασματος στις γυναίκες. Το 1991 υπολογίζεται ότι διαγνώσθηκαν 850.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε ολόκληρο τον κόσμο. Από αυτές 145.000 νέες περιπτώσεις στις Η.Π.Α., 132.000 στις χώρες της κοινής αγοράς και πάνω από 3.500 στην χώρα μας και ο αριθμός αυτός έφτασε το ένα εκατομμύριο το 2000.

##### ➤ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν απ' αυτόν. Στις ΗΠΑ οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 90000 και 34000. Η πιθανότητα μιας Ελληνίδας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. Παρά τις θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στα τελευταία 30 χρόνια, η

θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δε μειώθηκε σχεδόν καθόλου σε κανένα μέρος του κόσμου. Το γεγονός αυτό κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη της πρόληψης της νόσου. Για να εφαρμοστούν όμως προληπτικά μέτρα σ' ένα νόσημα, πρέπει να είναι γνωστοί οι αιτιολογικοί του παράγοντες και παρά τις μακροχρόνιες έρευνες, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού του ανθρώπου παραμένει σκοτεινή.

Η μελέτη της επιδημιολογίας του καρκίνου του μαστού έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί τα αιτιολογικά δεδομένα για τα πειραματόζωα δεν ισχύουν πάντοτε για τον άνθρωπο. Έτσι η μελέτη της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού της γυναίκας πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα ανθρώπινων πληθυσμών και να γίνεται με επιδημιολογικές (δηλ. μη πειραματικές) μεθόδους.

Επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες, γι' αυτό οι όροι καρκίνος του μαστού «του ανθρώπου» και «της γυναίκας» χρησιμοποιούνται κατά κανόνα χωρίς διάκριση.

### ➤ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία, όπως π.χ. η ηπατίτιδα, η φυματίωση, η ευλογιά, ο τέτανος κ.ά., που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα γνωστά μικρόβια και ιούς, ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτό τον κίνδυνο.

Αυτοί είναι δυο ειδών: γενετικοί, που τους μεταφέρουμε μέσα στα κύτταρά μας, και περιβαλλοντικοί, που μας επηρεάζουν μετά τη γέννησή μας. Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου, ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν, αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και οι ερωτήσεις γι' αυτούς δεν πρέπει ποτέ να παραλείπονται.

## ❖ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι:

- ✓ το γυναικείο φύλο,
- ✓ η προχωρημένη ηλικία,
- ✓ η βεβαρυμμένη με καρκίνο ατομική και οικογενειακή κληρονομικότητα,
- ✓ η μεγάλη διάρκεια της γόνιμης περιόδου,
- ✓ η καθυστερημένη εγκυμοσύνη,
- ✓ η παράλειψη του θηλασμού,
- ✓ ο τόπος καταγωγής,
- ✓ η παχυσαρκία,
- ✓ η κατάχρηση λιπαρών ουσιών,
- ✓ η φτωχή δίαιτα σε βιταμίνες, χόρτα και φρούτα,
- ✓ το κάπνισμα,
- ✓ η κατάχρηση οινόπνεύματος,
- ✓ οι ακτινοβολίες,
- ✓ η λήψη θηλυκών ορμονών,
- ✓ η ύπαρξη κυτταρικής δυσπλασίας και
- ✓ ο καρκίνος του άλλου μαστού.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι επιβαρυντικοί παράγοντες δε σημαίνουν ότι όποια γυναίκα τους έχει θα πάθει υποχρεωτικά κάποτε καρκίνο του μαστού, αλλά και αντίστροφα δε σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο.

## ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ανομοιογενή πάθηση, οι εκδηλώσεις και η εξέλιξη του ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Οι απόψεις ως προς την βιολογική συμπεριφορά δίστανται. Υπάρχει η παραδοσιακή άποψη της μηχανικής ανατομικής επέκτασης με προκαθορισμένο τρόπο του καρκίνου του Hastled και η νεότερη βιολογική άποψη, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συστηματική νόσος από το ξεκίνημα του. Από κλινικές παρατηρήσεις φαίνεται ότι ένα μικρό ποσοστό όγκων επεκτείνεται σταδιακά και σε ένα άλλο ποσοστό, οι μεταστάσεις γίνονται από πολύ νωρίς. Πολλοί όγκοι παρουσιάζουν στοιχεία και τη συμπεριφορά και των δυο τύπων κατά τα διάφορα στάδια της εξέλιξης τους. Η πάθηση μπορεί να παραμένει περιορισμένη από μαστό κατά την πρώτη φάση της εξέλιξης της και μετά ακολουθεί διασπορά. Η άμυνα του οργανισμού παίζει σπουδαιότατο ρόλο στον χρόνο της διασποράς.

**Μικροί όγκοι** μπορεί να δώσουν πρώιμες μεταστάσεις, ενώ αντίθετα **μεγάλοι όγκοι** του μαστού μπορεί να έχουν διηθήσει το υπερκείμενο δέρμα και το θωρακικό τοίχωμα χωρίς να έχουν δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα. Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων κυμαίνεται από 2 μέχρι 9 μήνες στις περισσότερες ασθενείς. Εάν δε δεχτούμε ότι ξεκινά από ένα κύτταρο αν και στο 40% περίπου των περιπτώσεων είναι πολυκεντρικός, ένας καρκίνος του μαστού έχει χρόνο διπλασιασμού 100 ημέρες τότε χρειάζονται περίπου οκτώ χρόνια για να φτάσει να έχει διάμετρο 1 εκ., το μικρότερο μέγεθος που είναι δυνατόν να ανακαλυφθεί στην κλινική εξέταση ή την αυτοεξέταση. Κατά τη διάρκεια της εξέλιξής του ο καρκίνος διηθεί αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και μπορεί να δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή αιματογενείς σε μακρυσμένα όργανα, όπως το ήπαρ, τους πνεύμονες ,τα οστά και τον εγκέφαλο. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες

αποτελούν τη συχνότερη αιτία λεμφογενών μεταστάσεων ακόμα και επί κεντρικής εντόπισης του όγκου ή στο έσω ημιμόριο. Μόνο το 10%-15% των όγκων των έσω τεταρτημορίων με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες παρουσιάζουν μεταστάσεις στις γάγγλια της εσω μαστικής. Σπανιότατα λεμφογενείς μεταστάσεις κατευθύνονται προς τα γάγγλια του Rotter, τα οποία εντοπίζονται μεταξύ μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.

**Οι αιματογενείς μεταστάσεις** φέρονται προς τη μασχαλιαία φλέβα στο πνευμονικό πλέγμα και στη γενική κυκλοφορία ενώ δια των μεσοπλευρίων φλεβών στο σπονδυλικό πλέγμα, το οποίο στερείται βαλβίδων, και δι'αυτού στη σπονδυλική στήλη, την πύελο, την κεφαλή των μοιριαίων οστών, την κεφαλή των βραχιονίων οστών και τη βάση του κρανίου. Ο όγκος επεκτείνεται τοπικά εφόσον δεν αντιμετωπιστεί διηθεί τους συνδέσμους του Cooper και προκαλεί ρυτίδωση του υπερκείμενου δέρματος. Επίσης διηθεί τους υποκείμενους μυς και το σκελετό περιορίζεται η κινητικότητά του και εφόσον δεν αντιμετωπισθεί διηθεί το υπερκείμενο δέρμα, νεκρώνεται και αιμορραγεί. Σήμερα, σπανιότατα ασθενείς φθάνουν τόσο προχωρημένα στάδια χωρίς να εφαρμοσθεί κάποιος τύπος θεραπείας.

### ◆ Συμπερασματικά

Εάν δεχθούμε τη βιολογική άποψη, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συστηματική νόσος από το ξεκίνημά της τότε οδηγούμεθα στο συμπέρασμα ότι διαφορές στη αρχική θεραπεία δεν θα έχουν καμιά επίπτωση στην εξέλιξη της πάθησης καθώς επίσης και ότι η αξία της πρώιμης διάγνωσης και κατά συνέπεια της έγκαιρης αντιμετώπισης, πρέπει να αμφισβητηθούν. Παρά την τελευταία εκδοχή αξίζει να αναφερθεί ότι ο καρκίνος του μαστού, όταν δεν υποβληθεί σε θεραπεία, οδηγεί στο θάνατο, ενώ αντίθετα πολλές άρρωστες έχουν πρακτικά θεραπευτεί από την πάθησή τους μόνο τη μαστεκτομή.



**Εικόνα 5.1.** Όγκος μαστού που μεγαλώνει χωρίς θεραπεία για 5 χρόνια



**Εικόνα 5.1.1** Μαστογραφία: περίπτωση με 2 εστίες καρκίνου μαστού.

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

### 5.2 Νόσος του Paget

Η βασική βλάβη είναι πορογενής καρκίνος συνήθως διηθητικός αλλά ενίοτε μη διηθητικός, αποτελεί το 1% όλων των καρκίνων του μαστού. Εμφανίζεται σαν εκζεματοειδής βλάβη της θηλής ή διάβρωση ή εξέλκωση. Οι βλάβες μπορεί να επεκταθούν στην άλω και στο δέρμα του μαστού.

Έχει βραδεία εξέλιξη και συχνά διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται ως έκζεμα διότι δεν συνοδεύεται στα αρχικά στάδια από ψηλαφητό όγκο. Εάν η πάθηση παραμείνει χωρίς θεραπεία εμφανίζεται όγκος στο μαστό ψηλαφόνται διογκωμένα γάγγλια στη μασχάλη. Κάθε ετερόπλευρη εκζεματοειδής βλάβης της θηλής σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες η οποία επιμένει, θα πρέπει να υποβάλλεται σε βιοψία η οποία κατά κανόνα αποκαλύπτει παρουσία πορογόνους, διηθητικού ή μη διηθητικού καρκίνου και τα χαρακτηριστικά κύτταρα του Paget στην επιδερμίδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις στη μαστογραφία παρατηρούνται μικροαποπιτανώσεις ή διαταραχή της αρχιτεκτονικής του μαστού. Η **θεραπευτική αντιμετώπιση** είναι η ίδια με τις άλλες μορφές του καρκίνου του μαστού. Η πρόγνωση είναι καλύτερη από το συνήθη καρκίνο του μαστού.



**Εικόνα 5.2.** Νόσος Paget στην θηλή.



**Εικόνα 5.2.1.** Νόσος του Paget.

### **5.3 Φλεγμονώδης καρκίνος**

Είναι η **κακοηθέστερη** μορφή καρκίνου του μαστού και αποτελεί το 2-4% όλων των περιπτώσεων. Ξεκινά από τους γαλακτοφόρους αγωγούς του μαστού και μέχρι να γίνει η διάγνωσή του συχνά εξαπλώνεται στα λεμφογάγγλια ή και σε άλλα μέρη του σώματος. Εμφανίζεται σαν φλεγμονή του μαστού, ο οποίος είναι συχνά επώδυνος, διογκώνεται ομοιόμορφα και με γρήγορο ρυθμό.

#### **❖ Συμπτώματα**

Αναλυτικά τα συμπτώματα του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού συχνά παρερμηνεύονται ως μια απλή **λοιμώξη**. Το κοκκίνισμα και το πρήξιμο τυπικά επηρεάζουν τουλάχιστον το ένα τρίτο της επιφάνειας του μαστού, ενώ μπορεί επίσης να παρατηρηθεί **τοπική άνοδος της θερμοκρασίας** στον μαστό.



Το πλέον χαρακτηριστικό σύμπτωμα του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού είναι η **εμφάνιση αυλακώσεων ή πτυχώσεων στην επιδερμίδα του μαστού**, που οφείλεται στη συσσώρευση λεμφικού υγρού στο δέρμα. Η επιδερμίδα του μαστού στην περίπτωση αυτή θυμίζει τον χαρακτηριστικό φλοιό πορτοκαλιού που προκαλεί η κυτταρίτιδα.

Τα συνοδά συμπτώματα του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού μπορεί να περιλαμβάνουν την **εισολκή της θηλής** (θηλή στραμμένη προς τα μέσα), το **κοκκίνισμα ή το μελάνιασμα της επιδερμίδας** του μαστού και το **πρήξιμο στα λεμφογάγγλια** της μασχάλης ή στην περιοχή του οστού της κλειδας. Επίσης, η θηλή μπορεί να είναι επίπεδη και η γυναίκα να αισθάνεται τους μαστούς της βαρύτερους ή να καίνε.

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού συνήθως **δεν** προκαλεί τις χαρακτηριστικές ψηλαφητές μάζες που απαντώνται σε άλλους τύπους καρκίνου του μαστού.

Παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από διήθηση από καρκινικά έμβολα των λεμφικών αγγείων του δέρματος ο δε καρκίνος είναι διάχυτος. Η μορφή αυτή του καρκίνου πολύ νωρίς δίνει μεταστάσεις στα επιχώρια λεμφαγάγγλια και απομακρυσμένα όργανα και η πρόγνωση είναι πολύ κακή. Πρέπει να γίνει πρώιμη διαφορική διάγνωση από τις οξείες φλεγμονές του μαστού από πυογενή αποστήματα και τη λιπώδη νέκρωση του μαστού στην οξεία φάση.

### ✓ **Θεραπεία**

Η μαστεκτομή δεν έχει θέση σαν πρώτη θεραπεία . Μετά επιβεβαίωση της διάγνωσης με παρακέντηση με λεπτή βελόνα ή βιοψία ακολουθεί πολυχημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Μαστεκτομή σε μεταγενέστερο χρόνο μπορεί να γίνει εγχείρηση τουαλέτας για την αντιμετώπιση ελκωμένων και επώδυνων όγκων. Σπανιότατα επιτυγχάνεται πενταετής επιβίωση. Η μέση επιβίωση κυμαίνεται από 18-24 μήνες.



**Εικόνα 5.3** Φλεγμονώδης Καρκίνος

#### **5.4 Καρκίνος του μαστού στην εγκυμοσύνη και γαλουχία**

Είναι σχετικά σπάνιος (0,03%) των κυήσεων. Η διάγνωση κατά κανόνα καθυστερεί διότι συγχέεται η παρουσία του καρκίνου με τις φυσιολογικές μεταβολές του μαστού κατά την εγκυμοσύνη και η πρόγνωση είναι κακή. Γι'αυτό όταν ανακαλυφθεί μια μάζα στο μαστό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει αμέσως να υποβάλλεται σε βιοψία και σε παρουσία καρκίνου η πάθηση πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και τον μήνα της κύησης. Το 80% των ψηλαφητών ευρημάτων κατά την κύηση αφορούν σε καλοήθεις παθήσεις όπως είναι τα ινοαδενώματα, γαλακτοκήλες, αδενώματα, κύστεις. Σημαντική είναι η λήψη ιστορικού, που δίνει στοιχεία για το οικογενειακό ιστορικό, όπως και για τον χρόνο έναρξης των συμπτωμάτων.

## ➤ Αντιμετώπιση

Η κύηση δεν αποτελεί αντένδειξη για τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Εγχειρήσιμη στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης αντιμετωπίζεται με μαστεκτομή καθώς η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται. Τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης ογκεκτομή και λεμφογαγγλιακός καθαρισμός της μασχάλης μπορεί να γίνει και η ακτινοθεραπεία καθυστερεί για μετά τον τοκετό. Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται μετά τον τοκετό. Η παρουσία προχωρημένου καρκίνου στην αρχή της εγκυμοσύνης που είναι απαραίτητη η εφαρμογή ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας επιβάλλει την διακοπή κύησης. **Δεν** υπάρχουν ενδείξεις ότι η διακοπή της κύησης βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών.

## 5.5 Αμφοτερόπλευρος Καρκίνος του μαστού

Σύγχρονος αμφοτερόπλευρος καρκίνος είναι η ανακάλυψη πρωτοπαθούς καρκίνου και στους δυο μαστούς τον ίδιο χρόνο (1-2%) και μετάχρονος καρκίνος είναι ένας δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος, ο οποίος ανακαλύπτεται στον αντίθετο μαστό, οποιοδήποτε χρόνο μετά την διάγνωση του πρώτου (6-7%).

Η συχνότητα του δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού αυξάνει με την διάρκεια της επιβιώσεως των ασθενών.

## ✓ Κλινική Εξέταση

Η ανακάλυψη του αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού γίνεται με την κλινική εξέταση του μαστού σύγχρονα με τον πρώτο όγκο ή μεταγενέστερα. Η μαστογραφία αυξάνει την συχνότητα των σύγχρονων και μειώνει την συχνότητα των μετάχρονων καρκίνων. Η ανά κανονικά διαστήματα μετά την αντιμετώπιση

του πρώτου καρκίνου μαστογραφία μπορεί να αποκαλύψει έναν λανθάνοντα καρκίνο στον αντίθετο μαστό.

Η συστηματική βιοψία του αντίθετου μαστού από τους περισσότερους δεν συνίσταται λόγω της χαμηλής συχνότητας της σύγχρονης παρουσίας διηθητικού καρκίνου στον αντίθετο μαστό. Η αντιμετώπιση του δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου και η πρόγνωση δεν διαφέρει από τον ετερόπλευρο καρκίνο. Ο αντίθετος μαστός πρέπει να παρακολουθείται στενά κλινικά και μαστογραφικά.

## **5.6 Καρκίνος του μαστού στον Άνδρα**

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι ασυνήθης και αποτελεί το 1% όλων του καρκίνου του μαστού και συνήθως εμφανίζεται σε άνδρες μεγάλης ηλικίας.

### **✓ Αιτια**

Η αιτιολογία είναι άγνωστη αλλά όπως και στις γυναίκες υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό των ανδρών, όπως

- ενδοκρινικοί παράγοντες,
- λήψη οιστρογόνων,
- ανωμαλίες των όρχεων,
- παχυσαρκία,
- σύνδρομο klinefelter,
- γυναικομαστία

παρότι δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι προκαλεί προκαρκινική βλάβη, γενετικοί παράγοντες και

- ιονίζουσα ακτινοθεραπεία.

Ο καρκίνος εμφανίζεται κυρίως σαν μια ανώδυνη διόγκωση κατω από την άλω, διαταραχές από την θηλή όπως παθολογική έκκριση, εισολκή, παρεκλίσ ή διάβρωση αποτελούν συχνό εύρημα

### ➤ **Συμπτώματα:**

Τα πλέον συχνά συμπτώματα στα οποία πρέπει να δείξουμε προσοχή 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.

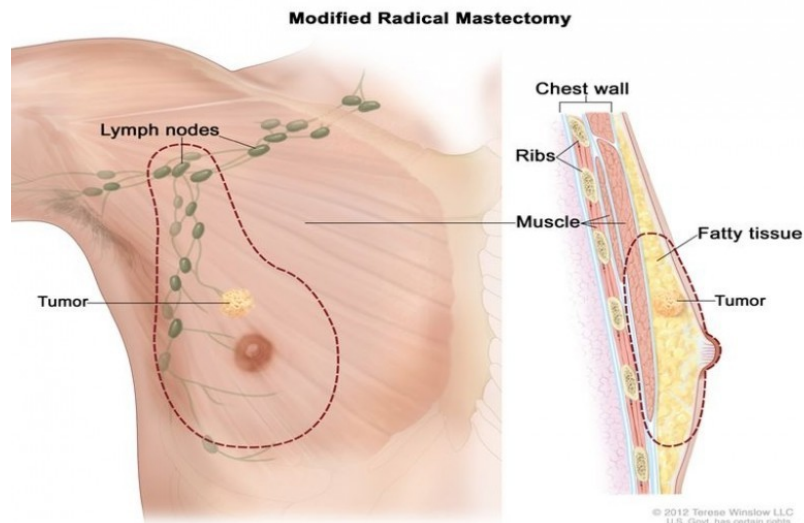
Η διάγνωση γίνεται με την μαστογραφία και την βιοψία.

Οι παθολογοανατομικοί τύποι είναι οι ίδιοι που απαντούν και στις γυναίκες εκτός από τον λοβιακό καρκίνο.

### ❖ **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Το στάδιο του καρκίνου του μαστού κατά τον χρόνο της διάγνωσης αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα από τον οποίο εξαρτάται η πρόγνωση. Οι υπόλοιποι προγνωστικοί παράγοντες, όπως η ηλικία του ασθενούς, οι ορμονικοί υποδοχείς, ο ιστολογικός τύπος, ο βαθμός κακοήθειας του όγκου, η αναπλαστική ικανότητα του όγκου όπως μετράτε με τον δείκτη θυμιδίνης με το DNA το ποσοστό κυττάρων του όγκου που κρύβονται στην S φάση και άλλοι παράγοντες βοηθούν στον καθαρισμό της πρόγνωσης

Όταν ο όγκος περιορίζεται στον μαστό (**στάδιο I**) ανεξάρτητα από τον τύπο της θεραπείας ο οποίος εφαρμόζεται, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στο 80% και η δεκαετής στο 65-70%. Επί παρουσίας μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (**στάδιο II**) η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στο 40-55% και στο 15% στα 10 χρόνια. Σε ασθενείς με **στάδιο III**, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται στο 15% και η δεκαετής στο 7%. Σπανιότατα ασθενείς με **στάδιο IV** επιβιώνουν της πενταετίας.



**Εικόνα 5.6** Καρκίνος μαστού σε άντρα



**Εικόνα 5.6.1.** Καρκίνος μαστού σε άντρα, που δείχνει την καταστροφή της θηλής.

## ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Με μεγάλη ποικιλία μη επιθηλιακών όγκων μπορεί να αναπτυχθούν στο μαστό. Οι όγκοι αυτοί είναι σπανιότατοι. Συχνότερο είναι το

1. κυστοσαρκωμα το φυλλοειδές

και σπανιότερα μπορεί να ανευρεθούν άλλα σαρκώματα όπως:

2. ινοσαρκωμα,
3. λιπποσαρκωμα,
4. ραβδομυοσαρκωμα,
5. οστεοσαρκωμα,
6. αγγειοσαρκωμα και
7. καρκινοσαρκωμα.

### **5.7 Φυλλοειδές κυστοσάρκωμα**

Το φυλλοειδές κυστοσάρκωμα αποτελεί σπανιότατα νεόπλασμα του μαστού, το οποίο αποτελείται από πολυκύτταρο υπόστρωμα μέσα στο οποίο περικλείονται επιθηλιακοί σχηματισμοί. Από πολλούς συγγραφείς διαχωρίζεται σε καλοήθη, κακοήθη και ενδιάμεση μορφή. Η διάκριση σε καλοήθη και κακοήθη μορφή δεν είναι τελείως επιτυχής, γιατί η εξέλιξη δεν συμπίπτει με την ιστολογική εικόνα.

Η συχνότητα κακοήθους μορφή κυμαίνεται από 6,2% έως 27% και ποσοστό 6,6 έως 70% από αυτές εμφανίζει μεταστάσεις κατά κανόνα αιματογενείς και σπανιότατα λεμφογενείς. Η τοπική υποτροπή αποτελεί συχνό γνώρισμα του φυλλοειδούς κυστοσαρκώματος.

## ▪ **Θεραπεία**

Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την εκλογή της χειρουργικής θεραπείας. Σε μικρούς όγκους η ευρεία τοπική εκτομή ή εξαίρεση του όγκου 1-2 cm από το γύρω παρέγχυμα του μαστού είναι αποτελεσματική στις περισσότερες περιπτώσεις. Σε υψηλό ποσοστό (10-30%) μετά την τοπική εκτομή εμφανίζεται τοπική υποτροπή. Επί ευμεγεθών όγκων ή κακοήθων ή απλή μαστεκτομή θεωρείται η θεραπεία εκλογής. Επί υποψίας διήθησης του μείζονος θωρακικού μυός ενδείκνυται η αφαίρεση του χωρίς να είναι απαραίτητος ο λεμφογαγγλιακός καθαρισμός. Σε τοπική υποτροπή η ριζική εκτομή δυνατόν να προσφέρει ίαση. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία φαίνεται ότι δεν είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση του καοήθους φυλλοειδούς κυστοσαρκώματος.

## **5.8 Σάρκωμα**

Το πρωτοπαθή σάρκωμα του μαστού είναι σπανιότατα και αποτελούν το 0,5-2% του συνόλου των κακοήθων όγκων του μαστού. Η συχνότητα, ο ιστολογικός τύπος και η εξέλιξη των κακοήθων αυτών νεοπλασμάτων είναι δύσκολο να προσδιορισθεί βιβλιογραφικά.

### **➤ Κλινικά χαρακτηριστικά**

Εμφανίζονται ως μονήρεις ευμεγέθεις μάζες στο μαστό σχετικά περιγεγραμμένες μεθίστανται κατά κανόνα αιματογενώς και σπανιότατα λεμφογενώς. Υπάρχει μια ποικιλία σαρκωμάτων. Συχνότερο είναι το ινοσάρκωμα, ακολουθεί το λιποσάρκωμα, νευροσάρκωμα, μυοσάρκωμα κλπ.

Η προέλευση των σαρκωμάτων συζητείται. Θεωρείται ότι προέρχονται από το συνεκτικό υπόστρωμα, το οποίο περιβάλλει τους γαλακτοφόρους πόρους και τα αδενικά λοβία. Υπάρχουν όμως κλινικά και ιστολογικά δεδομένα ότι μερικά σαρκώματα του μαστού, ιδιαίτερα ινοσάρκωμα μπορεί να προέρχονται από προϋπάρχοντα ινοαδενώματα.



Το κύριο σύμπτωμα σε όλες τις περιπτώσεις είναι η ανακάλυψη ενός ευμεγέθους όγκου εντός του μαστού. Στην μαστογραφία εμφανίζονται ως καλώς περιγεγραμμένοι όγκοι.

➤ **Θεραπεία:**

Η θεραπεία σε ιστολογική σαρκώματος κυμαίνεται από ευρεία τοπική εκτομή μέχρι μαστεκτομή, χωρίς λεμφογαγγλιακό καθαρισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας. Παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής. Αυτό οφείλεται στην ατελή αρχική εγχείρηση και στο γεγονός ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα συχνά επεκτείνονται εντός των περιαγγειακών χώρων πέρα από την ψευδοκάψα του όγκου. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας φαίνεται ότι είναι μικρός στην αντιμετώπιση των σαρκωμάτων διότι τα περισσότερα είναι ινοσαρκώματα, τα οποία ως γνωστών είναι ακτινοάντοχα.

Η πολυχημειοθεραπεία με περιορισμένα αποτελέσματα χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των μεταστάσεων.

❖ **Πρόγνωση:**

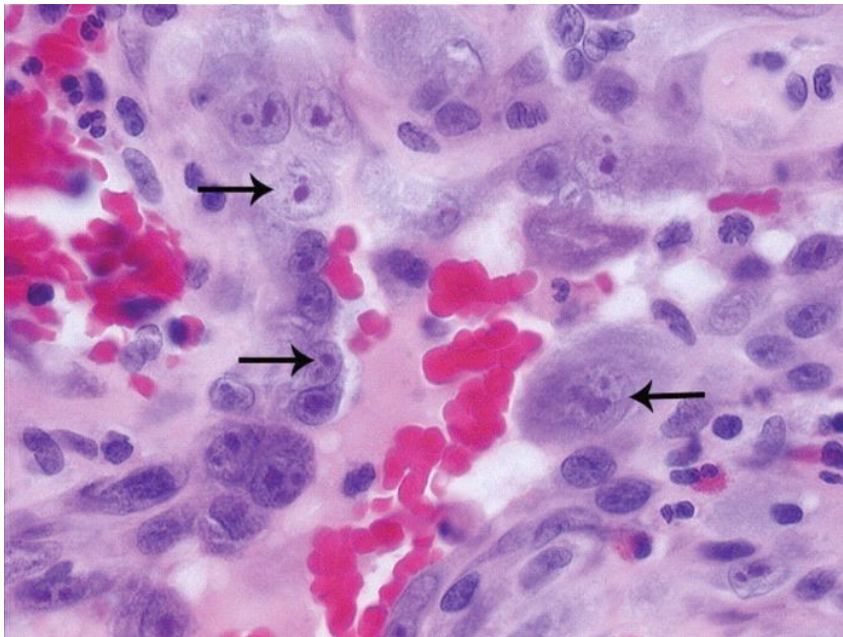
Η πρόγνωση γενικά των σαρκωμάτων είναι καλύτερη από τον καρκίνο. Αυτή ασφαλώς εξαρτάται από την έκταση του όγκου, τον ιστολογικό τύπο και το βαθμό διαφοροποίησης του.

## **5.9 Αγγειοσάρκωμα**

Το αγγειοσάρκωμα του μαστού είναι σπανιότατο, μπορεί να αναπτυχθεί εξ'αρχής ή από ένα καλοήθες περιλοβιακό αγγείωμα. Είναι το κακοηθέστερο όλων των σαρκωμάτων του μαστού. Απαντά συχνότερα σε νέες γυναίκες. Εμφανίζεται ως ανώδυνη μάζα η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις χαρακτηρίζεται από ταχεία και μεγάλη διόγκωση του μαστού εντός λίγων μηνών. Το υπερκείμενο δέρμα παρότι σπανιότατα διηθείται από τον όγκο, λαμβάνει ερυθροκύανο χρώμα. Τα επιχώρια λεμφογάγγλια συνήθως δεν προσβάλλονται από την πάθηση. Η διασπορά όπως και στα άλλα σαρκώματα γίνεται αιματογενώς ιδιαίτερα στους πνεύμονες και τα οστά.

✓ **Θεραπεία**

Η απλή μαστεκτομή αποτελεί την θεραπεία εκλογής. Η τοπική υποτροπή είναι συχνή (25%) γι' αυτό πολλοί ερευνητές προτείνουν την συστηματική εφαρμογή μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Ο ρόλος της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας με ακτινομυσίνη Δ ή doxorubicin συζητείται. Η πρόγνωση παρά την σημειωθείσα τα τελευταία χρόνια πρόοδο εξακολουθεί να είναι κακή, ακόμα και σε ασθενείς με όγκους χαμηλής κακοήθειας.



**Εικόνα 5.9** Αγγειοσάρκωμα

## **5.10 Λεμφώματα**

Είναι εξαιρετικά σπάνιο ένα λέμφωμα να πρώτο εμφανισθεί σαν μια μάζα στο μαστό. Συνήθως αποτελεί εκδήλωση της γενικευμένης πάθησης του λεμφοποιητικού ή αιματοποιητικού συστήματος. Ο ιστολογικός τύπος ποικίλλει και συχνά απαιτείται να γίνει διαφορετική διάγνωση από άλλες καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού.

### **➤ ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο της πάθησης. Το πρωτοπαθές λέμφωμα μαστού απαντάται στο 1% όλων των λεμφωμάτων, στο 2% όλων των εξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων, απαρτίζοντας μόλις το 0,5% όλων των νεοπλασιών του μαστού. Αρκετά συχνά, όπως καταδεικνύουν δημοσιευμένες μελέτες, η ακτινολογική εικόνα του λεμφώματος μοιάζει με εκείνη του καρκίνου του μαστού. Μαστογραφικά απεικονίζεται ως βλάβη ωοειδούς σχήματος και υψηλής πυκνότητας με απουσία ακτινωτών ορίων και μικροαποπιτανώσεων, ενώ υπερηχογραφικά απεικονίζεται ως μονήρης μάζα, ωοειδούς σχήματος, καλώς περιγεγραμμένη, μικρολοβιακού τύπου και υποηχογενής. Ο συχνότερος ιστοπαθολογικός τύπος είναι το διάχυτο λέμφωμα από μεγάλα Β λεμφοκύτταρα, το οποίο αποτελεί το 1/2 των λεμφωμάτων του μαστού και ακολουθούν το οζώδες λέμφωμα και το εξωλεμφαδενικό λέμφωμα από Β κύτταρα οριακής ζώνης του βλεννογονοεξαρτώμενου λεμφικού τύπου MALT.

### **➤ Κλινικά χαρακτηριστικά**

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι η εμφάνιση της στην 5-6η δεκαετία της ζωής. Πρόκειται για μία ανώδυνη ψηλαφητή μάζα, εντοπισμένη συνήθως στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού και αποτελεί τυχαίο

μαστογραφικό εύρημα σε ποσοστό 12%. Σε αντίστοιχα ποσοστά 12% και 11%, εμφανίζει εντοπισμένο πόνο και τοπική φλεγμονή. Επίσης, το ογκίδιο μπορεί να συνοδεύεται από ψηλαφητό λεμφαδένα.

### ➤ **Χειρουργική αντιμετώπιση**

Σχετικά με την χειρουργική αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, θα πρέπει αυτή να περιορίζεται στην ελάχιστη χειρουργική παρέμβαση, η οποία κρίνεται απαραίτητη ώστε να προκύψει ιστολογική διάγνωση. Αποτελεσματικές τεχνικές για την εκτίμηση τόσο του όγκου όσο και των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι η ανοιχτή βιοψία και η βιοψία με κόπτουσα βελόνη. Ωστόσο, δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο για την αναρροφητική βιοψία με βελόνη. Η μαστεκτομή δεν φάνηκε να προσφέρει κανένα όφελος στη θεραπεία των ασθενών με πρωτοπαθές λέμφωμα μαστού.

### ✓ **ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ**

Αυτή καθίσταται δυνατή μέσω του συστήματος Ann Arbor. Το πρωτοπαθές λέμφωμα κατατάσσεται στα στάδια IE- IIE, όπου και οι ασθενείς θεωρούνται ότι βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της νόσου. Η διαφορά μεταξύ του σταδίου IE- IIE είναι στον αριθμό των λεμφαδένων, το οποίο και επηρεάζει την συνολική επιβίωση. Σ' αυτό το σημείο, βιβλιογραφικά σημαντική φαίνεται η βοήθεια του PET/CT στη σταδιοποίηση των λεμφωμάτων με την ευαισθησία και την ειδικότητα της μεθόδου να αγγίζει το 100 %.

Η θεραπευτική προσέγγιση των λεμφωμάτων του μαστού βασίζεται στο στάδιο και τον τύπο του λεμφώματος και δεν διαφέρει σε σχέση με τα υπόλοιπα λεμφώματα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Guyton A. (2004). Φυσιολογία του Ανθρώπου. Μτφρ., Ευαγγέλου Α., Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Κόνιαρη Ε. (1998). Το βιβλίο του μαστού, Αθήνα.
- Μαρκόπουλος Χ. (2004). Παθήσεις του μαστού. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- McGeown J.G.(2008).Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου. Μτφρ. Μολυβδάς Π., Γουργουλιάκης Κ., Χατζηευθυμίου Α., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Παπανικολάου Ν. (1995). Η γυναικολογική μαστολογία. Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα.
- Παρασκευάς Γ. (2008). Ανατομία του ανθρώπου. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Πινακίδης Μ., Μπόντης Λ. (1993). Καρκίνος Μαστού. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press.
- Τζωρακολευθεράκης Ε. (1996). Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Φύσσας Γ. (2006). Ο Μαστός και οι Παθήσεις του. Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα.

- Χατζημπούγιας Ι. (2007). Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις CM DESIGN.
- Richard L. Drake & Wayne Vogl & Adam W.M. Mitchell. (2007). Grays Ανατομία. Τόμος 1,2(επιμέλεια Σκανδαλάκης Π.). , Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- American Cancer Society (ACS): Mammography guidelines 1983. Background statement and update of cancer-related check-up guidelines for breast cancer detection in asymptomatic women age 40 to 49. (1983)
- Antman KH, Gorson J, Greenberger J et al: Multimodality therapy in the management of angiosarcoma of the breast. (1982)
- Atkins H and Wolff: Discharges from the nipple (1964)
- Breast Cancer. Patient survival, United States General Accounting office Report of the Chairman, Subcommittee on health and Environment, House of Representatives. (1989)
- Brinton LA, Hoover R, Szklo M et al.: Menopausal oestrogens and breast cancer risk, an expanded case-control study. (1986)
- Carroll KK, Khor KT: Dietary fat in relation to tumorigenesis.(1975)

- Chilvers CED, Deacon JM: Oral contraceptives and breast cancer (editorial). (1990)
- Clark GM, Dresser et al: Prediction of relapse or survival in patients with node negative breast cancer by DNA flow-cytometry. (1989)
- Coleman EA, Kessler LG, Wun LM, Freuer EJ: Trends in the surgical treatment of ductal carcinoma in situ of the breast (1992)
- Crichlow RW, Galt SW: Male breast cancer. (1990)
- Curran RC, Dodge OG: Sarcoma of the breast with particular reference to its origin from fibroadenomas. (1962)
- Donnell RM, Rosen PP, Lieberman PH et al: Angiosarcoma and other vascular tumours of the breast-pathologic analysis as a guide to prognosis. (1981)
- Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group. Effects of adjuvant tamoxifen and cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. (1988)
- Fisher B: Laboratory and Clinical research in breast cancer. A personal adventure. (1980)
- Frischbier HJ: Mammography in Surgery of the breast. JO Strombeck, FE Rosato (eds). (1985)
- Gogas J, Kotsianos G, Gokas K: Sarkomas of the Breast. (1976)

- Gogas J, Skalkeas Gr: Prognosis of mammary carcinoma in young women. (1975)
- Goldwin RM: Breast reconstruction after mastectomy. (1987)
- Haagensen CD: Diseases of the breast. (1986)
- Holland R, Hendriks, JHCL, Verbeek ALM et al: Clinical practice: extent, distribution and mammographic histological correlations of breast ductal carcinoma. (1990)
- Kattan J., Chemaly A., Chemaly M., Jamal D., Karaa S., Moacdieh L.: Inflammatory breast cancer with refractory diarrhea: a case report. J Med Liban, vol.59, p. 165-167. (2011)
- Kim MJ., Park BW., Lim JB., Kim HS., Kwak JY., Kim SJ., Park SH., Sohn YM., Moon HJ., Kim EK. Axillary lymph node metastasis: CA-15-3 and carcinoembryonic antigen concentrations in fine-needle aspirates for preoperative diagnosis in patients with breast cancer. (2010)
- Kessier DA: The basis of the FDA'S decision on breast implant. (1992)
- Ketcham AJ, Moffat FL: Vexed surgery perplexed patients and breast cancer. Which may not be cancer. (1990)
- Lagios MD, Margolin FR, Westdahl PR, Rose MR: Mammographically detected duct carcinoma in situ. Frequency of local recurrence. (1989)
- Leis HP: Current methods for biopsy and treatment of potentially curable breast cancer. (1990)



- Lesser ML, Rosen PP, Kine LW: Multicentricity and bilaterality in invasive breast cancer. (1982)
- Longnecker MP, Berlin JA, Orra JM et al: A metaanalysis of alcohol consumption in relation to Risk of breast cancer. (1988)
- Maier WP, Rosemond GP, Wittenberg P, Tassom EM: Cystosarcoma phyllodes mammae. (1968)
- Mansour EG, Gray R, Shatila AH, Osborne CK et al: Efficacy of adjuvant chemotherapy in high-risk node negative breast cancer. (1989)
- Marrow MR, Foster RS: Staging of breast cancer. A new rationale for internal mammary node biopsy. (1981)
- Miller AB, Bulbrook RD: UICC multidisciplinary project on breast cancer. The epidemiology, aetiology and prevention of breast cancer. (1986)
- Nichols S, Waters WE, Wheeler MJ: Management of female breast disease Southampton practitioners. (1980)
- Page DL, Dupont WD, Rogers LW, Landenberger M: Intraductal carcinoma of the breast: Follow-up after biopsy only. (1982)
- Pazdiora P: Growth factors and breast tumors, comparison of selected growth factors with traditional tumor markers. (2011)
- Sattin RW, Rubin GL, Webster LA et al: Family history and the risk of breast cancer. (1985)
- Schnitt SJ, Silen W et al: Ductal carcinoma in situ (intraductal carcinoma of the breast). (1986)
- Shapiro SAM: The status of breast cancer screening. A quarter of a century of research. (1989)

- Slamon DJ, Godolphin W et al: Studies of the HER-2/neu proto-oncogene in human breast and ovarian cancer. (1989)
- Solin LJ, Recht A, Fourquet A et al: Ten years results of breast-conserving surgery and definite irradiation for intraductal carcinoma of the breast. (1991)
- Sunshine JA, Moseley HS et al: Breast carcinoma in situ: A retrospective review of 112 cases with minimum 10 year follow up. (1985)
- Tiessen EK: Breast self-examination in perspective. (1971)