

There are no translations available.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Η εμβρυϊκή καταβολή τους γίνεται από τις δυο μαζικές ακρολοφίες που εμφανίζονται την 6η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής και εκτείνεται από την αρχέγονη μασχάλη μέχρι την αρχέγονη βουβωνική χώρα (γαλακτική γραμμή)

Την 9η εβδομάδα το μεγαλύτερο μέρος της μαζικής ακρολοφίας έχει απορροφηθεί για να παραμείνει μόνο το τμήμα της που βρίσκεται στην πρόσθια θωρακική χώρα. Εκεί θα εμφανιστεί η θηλαία προεξοχή ως συγκέντρωση βασικών κυττάρων.

Στο τέλος του 3ου μήνα της κύησης τα πλακώδη κύτταρα από την επιφάνεια της θηλής θα αρχίσουν να εκτείνονται εις βάθος σχηματίζοντας τους πόρους.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ

Οι μαστοί αποτελούν εξάρτημα του δέρματος. Μέσα στην δερματική πτυχή βρίσκεται ο μαζικός αδένας ο οποίος περιβάλλεται από λίπος εκτός από το τμήμα του που βρίσκεται κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω.

Η πρόσθια επιφάνεια του είναι υπόκυρτη και ανώμαλη με επάρματα και εντυπώματα και συνδέεται στέρα με το δέρμα, με τους κρεμαστήριους συνδέσμους (συνδέσμους του Cooper)

Η οπίσθια επιφάνεια του είναι υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός, με την παρεμβολή στρώματος ινολιπώδους ιστού, το οποίο επιτρέπει την ελεύθερη κίνηση του μαζικού αδένου.

- Η επιφάνεια του δεν είναι αυστηρώς κυκλωτερής αλλά φέρει απόφυση προς τη μασχαλιαία κοιλότητα (ουρά του μαζικού αδένου ή απόφυση Spence)
- Αποτελείται από 12-15 λόβια που το καθένα παροχετεύει με το δικό του πόρο ο οποίος εκβάλλει στη θηλή.

Το υπερκείμενο του μαστού δέρμα διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα του σώματος μόνο στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλως.

Για λόγους περιγραφικούς, ο μαστός χωρίζεται σε πέντε τμήματα με ένα νοητό σταυρό που διέρχεται από τη θηλή. Το ένα τμήμα αποτελεί τη τη θηλή και τη θηλαία άλω το οποίο ονομάζεται κεντρικό, ενώ τέσσερα άλλα τεταρτημόρια χαρακτηρίζονται ως άνω έξω/έσω και κάτω έξω/έσω.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Η αγγείωση του μαστού γίνεται κυρίως από την **έσω θωρακική αρτηρία** (ή έσω μαστική) μέσω του διατριτώντων κλάδων της, οι οποίοι διαπερνούν το δεύτερο έως τέταρτο μεσοπλεύριο διάστημα.

Ο μαστός επίσης δέχεται αρκετούς κλάδους από τη **μασχαλιαία αρτηρία** κυρίως από τον πλάγιο θωρακικό και τον ακρωμιοθωρακικό κλάδο της και τους έξω και πρόσθιους

κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών.

ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ

Έχει τεράστια σημασία στη θεραπευτική του Ca μαστού. Το μεγαλύτερο μέρος της λεμφικής αποχέτευσης γίνεται προς τις λεμφογαγγλιακές ομάδες της σύστοιχης μασχάλης, ενώ ένα μικρότερο μέρος (περίπου 20%) κυρίως του έσω ημιμορίου του μαστού αποχετεύεται προς την αλυσίδα των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής αρτηρίας.

Επιχώριοι Λεμφαδένες

- Οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας διακρίνονται σε πέντε ομάδες :
- Πρόσθια: Βρίσκεται υπό τον μείζονα θωρακικό μυ.
- Οπίσθια: Βρίσκεται έμπροσθεν του υποπλάτιου μυός.
- Έξω: Βρίσκεται επί τα εντός ή όπισθεν της μασχαλιαίας φλέβας.

Οι τρεις αυτές ομάδες λεμφαδένων αποτελούν το **πρώ το επίπεδο** και έχουν ως ανατομικό χαρακτηριστικό ότι βρίσκονται κάτωθεν του κάτω χείλους της καταφύσεως του ελάσσονος θωρακικού μυός.

1. Κεντρική: Η τέταρτη ομάδα λεμφαδένων η οποία αποτελεί και το **δεύτερο επίπεδο** των λεμφαδένων της μασχάλης βρίσκεται πίσω από την κατάφυση του ελάσσονα θωρακικού μυός. Η ομάδα αυτή δέχεται λέμφο η οποία έχει πρώτα διέλθει από τις λεμφαδενικές ομάδες του πρώτου επιπέδου μασχάλης.

2. Υποκλείδιος: Η πέμπτη λεμφαδενική ομάδα είναι η υποκλείδια ή κορυφαία και βρίσκεται πάνω από την κατάφυση του ελάσσονα θωρακικού μυός. Η ομάδα αυτή αποτελεί το **τρίτο επίπεδο** των λεμφαδένων της μασχαλιαίας κοιλότητας και υποδέχεται λέμφο των κορυφαίων λεμφαδένων του δεύτερου επιπέδου.

3.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- Ιστορικό
- Φυσική Εξέταση (Επισκόπηση, Ψηλάφηση)
- Παρακλινικός Έλεγχος (Μαστογραφία , Υπερηχογράφημα, Γαλακτογραφία , Κυτταρολογική εξέταση, Ιστολογική εξέταση)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Μεγάλη σημασία έχει το κληρονομικό της ιστορικό ειδικότερα στην ύπαρξη συγγενών εξ' αίματος με Ca μαστού ή Ca ωοθηκών.

Από το ατομικό της αναμνηστικό έχει σημασία το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο βαθμός φυσικής άσκησης, η λήψη ορμονικών σκευασμάτων καθώς και οι προηγούμενες καλοήθειες ή κακοήθειες παθήσεις του μαστού.

Τέλος, από το γυναικολογικό - μαιευτικό ιστορικό , η έναρξη της περιόδου, η ηλικία εμμηνόπαυσης, η διάρκεια του κύκλου, ο αριθμός των κυήσεων και ο χρόνος θηλασμού του τέκνου.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- Επισκόπηση

Δίνει πληροφορίες για το σχήμα, τη συμμετρία, το μέγεθος των μαστών, την ύπαρξη τυχόν υπεράριθμων θηλών ή έκτοπου μαζικού αδένου κ.α.

- Ψηλάφηση

Οι μαστοί εξετάζονται πρώτα μεταξύ των δυο χεριών και μετά με το ένα χέρι πιέζοντας το μαστό στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.

Η μασχαλιαία κοιλότητα της ασθενούς εξετάζεται από το αντίθετο χέρι του εξετάζοντος (δεξιά μασχάλη-αριστερό χέρι ιατρού) και αφού ο βραχίονας της ασθενούς, λυγισμένος, παραμένει εντελώς χαλαρός πάνω στο σύστοιχο χέρι του εξετάζοντα.

Κάθε βλάβη που γίνεται αντιληπτή με την ψηλάφηση πρέπει να περιγράφεται επακριβώς. Η εντόπιση της, το μέγεθος της, η σύσταση της, το πόσο καλά αφορίζεται από τον υπόλοιπο μαζικό αδένα, αν είναι ευαίσθητη στην πίεση, εάν προκαλεί εισολκή του δέρματος ή της θηλής και αν καθηλώνεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Κάθε μαστός ακτινογραφείται σε δύο προβολές (μια κεφαλοουριαία και μια λοξή).

Ο κίνδυνος προκλήσεως νοσηρότητας από την ακτινοβολία είναι ουσιαστικά ανύπαρκτος αφού έχει υπολογιστεί πως εμφανίζεται μετά από 450-500 μαστογραφίες.

Η μαστογραφία αποτελεί την καλύτερη εξέταση ελέγχου των μαστών (Screening).

Η σύσταση σήμερα σε γυναίκες χωρίς οικογενειακό ιστορικό Ca μαστού είναι να υποβάλλονται σε μαστογραφία ανά διετία στο διάστημα από 40-50 ετών και σε μια μαστογραφία ετησίως μετά την ηλικία των 50 ετών.

Εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ο μαστογραφικός έλεγχος αρχίζει 3-5 έτη πριν από τη νεότερη ηλικία εμφάνισης του Ca του του μαστού στην οικογένεια. Η μαστογραφία γυναικών νεότερων της ηλικίας των 40 ετών είναι χωρίς αντικείμενο.

- ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της διερευνήσεως παθολογικών ευρημάτων της μαστογραφίας και μπορεί να δώσει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικώς με τη σύσταση τους, τα όρια τους, τη σχέση τους με τις υπόλοιπες δομές του μαστού.

Σε μη ψηλαφητές βλάβες μπορούμε με τους υπέρηχους να κατευθύνουμε την παρακέντηση τους με λεπτή βελόνη, για τη λήψη κυτταρολογικής ή για την τοποθέτηση οδηγού σύρματος.

Τέλος, αποτελεί εξέταση εκλογής σε γυναίκες νεαρής ηλικίας.

- ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Κάθε έκκριση από τη θηλή, αυτόματη ή προκλητή, επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα για κυτταρολογική εξέταση. Εάν η πρώτη εξέταση είναι αρνητική για κακοήθεια αποστέλλονται 2 ή 3 ακόμη εξετάσεις σε απόσταση μίας εβδομάδας περίπου η μία από την άλλη. Εάν πρόκειται για ογκίδιο μαστού τότε αυτό παρακεντάτε με κοινή βελόνα 21G η οποία προσαρμόζεται σε σύριγγα 10ml.

- ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η λήψη ιστοτεμαχίου από μια βλάβη του μαστού μπορεί να γίνει με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Βελόνα tru-cut: Η παρακέντηση γίνεται υπό τοπική αναισθησία και εάν η βλάβη δεν είναι ψηλαφητή υπό καθοδήγηση των υπερήχων.

1. Βιοψία βλάβης: Στις περισσότερες περιπτώσεις εάν η βιοψία εκτομής γίνει με ικανό όριο υγιούς ιστού πέριξ της βλάβης ακόμη και σε περίπτωση κακοήθειας μπορεί να αποτελέσει οριστική χειρουργική θεραπεία (ογκεκτομή)

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. **Παρεκκλίσεις της φυσιολογικής αναπτύξεως και παλινδρομήσεως (ANDI – Aberration of Normal Development and Involution)**

Ανάπτυξη

Υπερτροφία των ενηλίκων

Ινοαδένωμα

Κυκλική μεταβολή

Μασταλγία

Οζώδης διαμόρφωση

Παλινδρόμηση

Εμφάνιση κύστεων

Σκληρυντική αδένωση

1. **Εκτασία των πόρων & περιπορική μαστίτις**
2. **Επιθηλιακή υπερπλασία**
3. **Καταστάσεις με καθορισμένη αιτιοπαθογένεια**

Φλεγμονές

Άσηπτη νέκρωση του λίπους

ΝΕΑΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ

Η διαδικασία μεγεθύνσεως των μαστών που αρχίζει στην προεφηβική ηλικία μπορεί να συνεχιστεί ανεξελégκτως και μετά την εφηβεία σε βαθμό που να προκύψουν τεράστιοι σε μέγεθος μαστοί. Σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει ορμονική διαταραχή.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η θεραπεία είναι χειρουργική. Γίνεται μείωση του μεγέθους των μαστών. Η χειρουργική διόρθωση πρέπει να γίνεται μετά την ηλικία των 17 ετών, όταν η ανάπτυξη των μαστών έχει τελειώσει.

ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ

ΕΠΙΠΤΩΣΗ: Αποτελούν το 10-15% όλων των ψηλαφητών βλαβών του μαστού. Είναι συχνότερα στην ηλικία 15-25 ετών (60% των ψηλαφητών βλαβών).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Το ινοαδένωμα εκδηλώνεται συνήθως ως ψηλαφητό ογκίδιο στο μαστό. Στην κλινική εξέταση είναι πολύ καλά περιγεγραμμένα σκληρά, εξαιρετικώς κινητά (ποντικός του μαστού). Η πλειονότητα τους εντοπίζεται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

1. Υπερηχογράφημα
2. Μαστογραφία (για γυναίκες >35 ετών)
3. Κυτταρολογική εξέταση

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Χειρουργική αφαίρεση ινοαδενωμάτων που έχουν διάμετρο μεγαλύτερη των 4-5 cm.

Για μικρότερα ινοαδενώματα όπου η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί κυτταρολογικά μπορεί να παρακολουθείται περιοδικώς με υπερηχογράφημα.

ΚΥΣΤΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΕΠΙΠΤΩΣΗ: Περίπου το 7% των γυναικών του δυτικού κόσμου θα παρουσιάσουν σε κάποια φάση της ζωής τους κυστικούς σχηματισμούς.

Η ηλικία με τη μεγαλύτερη επίπτωση είναι περί της εμμηνόπαυσης, ενώ είναι σπάνιες μετά από αυτή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Οι κύστες του μαστού εκδηλώνονται συνήθως ως μια ομαλή διακριτή μάζα η οποία μπορεί να είναι ευαίσθητη ή επώδυνη.

Είναι περισσότερο συχνές στον αριστερό μαστό ενώ τι 1/3 των γυναικών έχει κύστες αμφοτερόπλευρα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κύστης είναι η εκκενωτική παρακέντηση και η αποστολή του υγρού για κυτταρολογική εξέταση. Η ασθενής πρέπει να επανεξεταστεί μετά από 3 έως 6 εβδομάδες για τυχόν υποτροπή. Επί υποτροπής η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται 3 ως 4 φορές. Εάν συνεχιστεί να υποτροπιάζει χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση της κύστης για τη λεπτομερή ιστολογική της εξέταση. Οι ασθενείς με κύστες έχουν ελάχιστα αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως Ca του μαστού.

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

- ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟ ΘΗΛΩΜΑ
- ΛΙΠΩΜΑ

ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΟ ΘΗΛΩΜΑ

Είναι αρκετά συχνά και ένεκα της συχνότητας τους πολλοί τα θεωρούν και αυτά ως παρεκκλίσεις της φυσιολογικής ανάπτυξης και παλινδρόμησης του μαστού και όχι ως αληθή καλοήγη νεοπλάσματα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η αυτόματη ή προκλητή αιμμοραγική έκκριση από τη θηλή. Η αιματηρή έκκριση αφορά σε ένα συγκεκριμένο πόρο και δύναται να αναπαραχθεί κλινικά.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

- Επανειλημμένες κυτταρολογικές εξετάσεις του εκκρίματος
- Υπερηχογράφημα, το οποίο μερικές φορές μπορεί να αναδείξει το διατεταμένο γαλακτοφόρο πόρο και λιγότερο συχνά το ενδοαυλικό θήλωμα
- Μαστογραφία

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η θεραπεία περιλαμβάνει είτε την εκτομή του πόρου που φέρει το θήλωμα (μικροπορεκτομή) είτε συνολικώς όλων των μεγάλων γαλακτοφόρων πόρων.

ΛΙΠΩΜΑ

Το λίπωμα συχνά εντοπίζεται τόσο στο λιπώδη ιστό που περιβάλλει το μαστό όσο και εντός του μαζικού παρεγχύματος. Εμφανίζεται συνήθως ως ευπίεστη, μαλακή, καλά περιγεγραμμένη λοβωτή μάζα.

Η ιστολογική επιβεβαίωση γίνεται με κυτταρολογική μετά από παρακέντηση με λεπτή

βελόνα.

Εάν το μέγεθος του λιπώματος είναι μεγάλο ή απασχολεί τη γυναίκα ή υπάρχει υποψία κακοήθειας τότε γίνεται βιοψία εκτομής.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ:

-ΗΛΙΚΙΑ: Μετά την ηλικία των 35 ετών

-ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ: Γυναίκες που έχουν παρατεταμένη αναπαραγωγική ηλικία εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο Ca του μαστού.

-ΗΛΙΚΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΕΚΝΟΥ: Εάν η ηλικία του πρώτου τοκετού ήταν μετά την ηλικία των 30 ετών ο σχετικός κίνδυνος είναι διπλάσιος σε σύγκριση με αυτές που απέκτησαν το πρώτο παιδί πριν την ηλικία των 20 ετών.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Εάν η γυναίκα έχει συγγενή πρώτου βαθμού που παρουσίασε καρκίνο του μαστού σε προεμμηνοπαυσιακή ηλικία, έχει μεγαλύτερο από διπλάσιο κίνδυνο (ο κίνδυνος είναι 4 – 6 φορές μεγαλύτερος εάν έχει δυο συγγενείς πρώτου βαθμού με τη νόσο).

-ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ: Ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο έχουν το θήλωμα, η σκληρυντική αδένωση, οι πολλαπλές κύστες μαστού και τα σύνθετα ινοαδενώματα.

-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ: Έχει παρατηρηθεί ελάχιστη αύξηση του σχετικού κινδύνου με τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων.

-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ: Οι γυναίκες που παίρνουν μόνο οιστρογόνα ως θεραπεία υποκατάστασης, μετά την εμμηνόπαυση εμφανίζουν αύξηση του σχετικού κινδύνου.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από τη λοβιακή μονάδα του τελικού πόρου.

ΤΥΠΟΣ**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ%****Μη-διηθητικός**

-	Πορογενής in situ	6
-	Λοβιακός in situ	0.2

Διηθητικός

-	άνευ ειδικής περιγραφής	68
---	-------------------------	----

Ειδικοί τύποι

-	Λοβιακός	10
-	Σωληνώδης	
-	Ηθμοειδής	
-	Μυελοειδής	
-	Βλεννώδης	15,8
-	Θηλώδης	
-	Άλλοι τύποι	

- Μεγάλη πρακτική σημασία έχει η περιγραφή ενός καρκινώματος ως μη-διηθητικό. Η περιγραφή αυτή προϋποθέτει ότι τα άτυπα κύτταρα παραμένουν εντός του τελικού πόρου και δεν έχουν διασπάσει την βασική μεμβράνη.
- Τεράστια επίσης σημασία έχει η διάκριση των μη-διηθητικών σε λοβιακό και πορογενή. Τα λοβιακά καρκινώματα *insitu* δεν θεωρούνται πρόδρομες μορφές από τις οποίες θα προκύψουν λοβιακά διηθητικά καρκινώματα. Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει με το πορογενές καρκίνωμα *insitu*.

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας. Όγκοι μέχρι 1cm έχουν πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης 12-14% εάν είναι συμπτωματικοί και 5-6% εάν αποκαλυφθούν σε μαστογραφικό έλεγχο. Όγκοι 2cm έχουν πιθανότητα λεμφαδενικής μετάστασης 47%.

Βαθμός διαφοροποίησης

Ιστολογικός τύπος

Μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Η πρόγνωση γίνεται δυσμενέστερη με την διήθηση ή μη των λεμφαδένων αλλά συσχετίζεται και με τον αριθμό τους.

Η 10ετής επιβεβαίωση για ασθενείς με όγκο του ίδιου μεγέθους που είχαν 1 μόνο διηθημένο λεμφαδένα ήταν παρόμοια με αυτή των ασθενών χωρίς διηθημένους λεμφαδένες (78%), ενώ καμία ασθενής με περισσότερους από 10 διηθημένους λεμφαδένες δεν έζησε 10 χρόνια.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το σύστημα που βρίσκεται σήμερα σε ισχύ στην σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι το TNM

Μέγεθος του όγκου (T)

Tx Η πρωτοπαθής εστία δεν μπορεί να εκτιμηθεί

To Χωρίς ενδείξεις πρωτοπαθούς εστίας

Tis Καρκίνωμα insitu ή νόσος Paget χωρίς μάζα στον μαστό

T1 Όγκος διαμέτρου μικρότερης των 2 cm

T2 Όγκος διαμέτρου μεταξύ 2-5 cm

T3 Όγκος διαμέτρου μεγαλύτερης των 5cm

T4 Όγκος κάθε διαμέτρου που θα διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα ή η παρουσία φλεγμονώδους καρκινώματος

Σημ: Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής χωρίς απευθείας διήθηση τους από τον όγκο μπορούν να συνοδεύουν όγκους T1,T2 ή T3 χωρίς να αλλάζουν το στάδιο

Περιοχικοί λεμφαδένες (N)

Nx	Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν
N0	Χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1	Μετάσταση σε λεμφαδένες κινητούς και διακριτούς μεταξύ τους
N2	Μετάσταση σε λεμφαδένες που συμφύονται μεταξύ τους
N3	Μετάσταση στα έσω μαστικά λεμφογάγγλια

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

Mx	Οι μεταστάσεις δεν μπορούν να εκτιμηθούν
M0	Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Απομακρυσμένες μεταστάσεις

Σημ: Στις απομακρυσμένες μεταστάσεις περιλαμβάνονται μεταστάσεις στους ομόπλευρους υπερκλείδιους λεμφαδένες ή στους ετερόπλευρους μασχαλιαίους

Η επιμέρους αυτή ταξινόμηση οδηγεί στην σταδιοποίηση ως ακολούθως:

Στάδιο 0		TisN0M0
Στάδιο I		T1N0M0
Στάδιο I	Ia	T0N1M0
		T1N1M0
		T2N0M0
Στάδιο I	Iβ	T2N1M0
		T3N0M0
Στάδιο IIIa	□□□□□□□□□□	T0N2M0

T3 N2 M0

Στάδιο ΙΙβ

κάθε T N3 MO

Στάδι

ol

V

κάθε T κάθε N $M1$

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι διαθέσιμες σήμερα θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού μπορεί να διακριθούν σε τοπικές όπως η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία και σε συστηματικές όπως η χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Η χειρουργική αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας πρέπει να περιβάλλεται από ικανό όριο υγιούς μαζικού αδένα.
- Ο λεμφαδενικός καθαρισμός πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τους λεμφαδένες του επιπέδου I και II. Δεν έχει καμία διαφορά στον έλεγχο της νόσου το κατά πόσο θα γίνει στον ίδιο χρόνο με την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας ή αργότερα.

Γι' αυτό τον σκοπό (ειδικά σε μικρούς όγκους) χρησιμοποιείται σήμερα ο «λεμφαδένας φρουρός», η αφαίρεση του και η ιστολογική του εξέταση είναι σχεδόν απόλυτα αντιπροσωπευτική για τους υπόλοιπους λεμφαδένες της μασχάλης

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται αρχικώς ανά 6 μήνες μέχρι την συμπλήρωση 2 ετών και έκτοτε ανά έτος για όλη τη διάρκεια της ζωής

Ο παρακλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Εξέταση αίματος και της ηπατικής βιολογίας
- α/α θώρακος
- u/s ήπατος
- Μαστογραφία