

.....
**Μπορεί ο λεμφαδενικός καθαρισμός
της μασχάλης στον καρκίνο
του μαστού να καταργηθεί;**
.....

Επιδημιολογικά, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες και αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή απειλή για τις γυναίκες των βιομηχανικά προηγμένων χωρών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότερες από 450.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται ετησίως και περίπου 80.000 ανά έτος πεθαίνουν. Η χώρα μας δεν αποτελεί εξαίρεση, καθώς, δυστυχώς, κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 4.500 νέες περιπτώσεις, ενώ περισσότερες από 1.000 γυναίκες χάνουν ετησίως τη ζωή τους.

Το πώς θα εξελιχθεί ο καρκίνος του μαστού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο της νόσου τη στιγμή της διάγνωσης και από τα παθολογικά χαρακτηριστικά του πρωτογενούς όγκου. Έναν άλλο σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση της βαρύτητας της νόσου αποτελεί το αν η γυναίκα είναι προ- ή μετεμμηνοπαυσιακή. Οι σημαντικότεροι όμως προγνωστικοί παράγοντες για την πιθανότητα υποτροπής ή και την επιβίωση είναι η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και το μέγεθος του όγκου. Η επίδραση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης στην τελική επιβίωση είναι αμφιλεγόμενη.¹ Για τους λόγους αυτούς, εκδόθηκε το 1990 στο NIH των ΗΠΑ «ομόφωνη απόφαση» για σύσταση λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης στο επίπεδο I και II.² Σήμερα, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η προγνωστική αξία του λεμφαδενικού καθαρισμού μπορεί να αντικατασταθεί από παθολογοανατομικά και μοριακά χαρακτηριστικά του όγκου.

Ενώ δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι ο λεμφαδενικός καθαρισμός επιτυγχάνει άριστο έλεγχο της περιοχικής νόσου και ο ρόλος του είναι σαφής στη σταδιοποίηση, στη μελέτη B-04 του NSABP φάνηκε καθαρά ότι στο 27% των ασθενών που θεωρήθηκε κλινικά ότι έχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις τελικά δεν αποδείχθηκε κάτι

τέτοιο. Παράλληλα, 39% των ασθενών που είχαν χαρακτηριστεί κλινικά ως αρνητικές, βρέθηκε ότι είχαν διηθημένους λεμφαδένες.³ Από την άλλη πλευρά, η ακτινοθεραπεία θεωρείται ισάξια θεραπευτική επιλογή για τις ασθενείς με μικρούς όγκους και μη ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες.⁴ Εξάλλου, σύμφωνα με τη βιολογική θεωρία του Fisher,⁵ η οποία θεωρεί ότι ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού αποτελεί από την αρχή συστηματική νόσο, αμφισβητείται έντονα η θεραπευτική αξία της θεραπείας της μασχάλης, παρά το γεγονός ότι έχουν επιτευχθεί εξαιρετικά ποσοστά επιβίωσης μόνο με τον έλεγχο της τοπικής νόσου. Μερικοί, επίσης, θεωρούν ότι η εξαίρεση των λεμφαδένων μπορεί να είναι και επιζήμια για την επιβίωση, καθόσον αποτελούν σημαντικό παράγοντα αντίστασης στον καρκίνο.⁶ Συνεπώς, εύλογα προκύπτει το ερώτημα κατά πόσο ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης μπορεί –αν όχι να καταργηθεί– τουλάχιστον να αποφευχθεί, όπου αυτό είναι εφικτό, ιδιαίτερα μετά τη διαπίστωση ότι όλες οι ασθενείς, ανεξαρτήτως ηλικίας, εμμηνορρυσιακής κατάστασης και διηθημένων ή όχι μασχαλιαίων λεμφαδένων, θα πρέπει να λαμβάνουν επικουρική χημειοθεραπεία.⁷ Μια γενική απάντηση στο ερώτημα είναι ότι ο λεμφαδενικός καθαρισμός θα μπορούσε ενδεχομένως να καταργηθεί, όταν ο κίνδυνος μετάστασης στους λεμφαδένες της μασχάλης είναι πάρα πολύ μικρός ή όταν η γνώση της κατάστασης των λεμφαδένων δεν θα έχει κάποια επίδραση στην περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η διάδοση των προληπτικών ελέγχων στον πληθυσμό έχει οδηγήσει στη συχνότερη ανεύρεση πρώιμων διηθητικών καρκίνων μαστού <1 cm και πιστεύεται ότι στις ΗΠΑ, στο τέλος της δεκαετίας που διανύουμε, όλοι οι νεοδιαγνωσμένοι καρκίνοι θα έχουν μέγεθος <1 cm.⁸ Όμως, παρότι η συχνότητα διήθησης των μασχαλιαίων λεμφαδένων σε μικρούς όγκους είναι μικρή, εντούτοις ψυχολογικά οι περισσότερες γυναίκες θα επιθυμούσαν να γνωρίζουν την κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης τους. Με βάση όλα τα παραπάνω, ο λεμφαδενικός καθαρισμός θα μπορούσε να αποφευχθεί σε μη διηθητικά πορογενή καρκινώματα *in situ* (DCIS), όπου η

πιθανότητα διηθημένων λεμφαδένων στη μασχάλη είναι πολύ μικρή, καθώς και σε μικροδιηθητικό καρκίνο και σε μικροσωληνώδη τύπο, όπου η πιθανότητα διηθημένων λεμφαδένων είναι επίσης μικρή. Τέλος, μπορεί να αποφευχθεί και σε ηλικιωμένες γυναίκες με κλινικά μη ψηλαφητούς λεμφαδένες, καθόσον σπάνια θα επηρεάσει την απόφαση για μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.⁹

Τελευταία, αναπτύχθηκαν τεχνικές που έχουν ως στόχο την ανεύρεση θετικών επιχώριων λεμφαδένων χωρίς να απαιτείται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός. Έτσι, δημιουργήθηκε η έννοια του «φρουρού λεμφαδένα», που βασίζεται στην παραδοχή ότι ο πρώτος λεμφαδένας που δέχεται την αποχέτευση λέμφου αποτελεί τον πρώτο σταθμό εξάπλωσης του καρκίνου.¹⁰ Καμιά όμως από τις υφιστάμενες τεχνικές, μέχρι σήμερα, δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί αξιόπιστα να εντοπίσει όλους τους φρουρούς λεμφαδένες σε κάθε ανατομική θέση.¹¹⁻¹³

Συμπερασματικά, όσον αφορά στη θεραπευτική αξία του λεμφαδενικού καθαρισμού, δεν μπορεί ακόμη να υποστηριχθεί ότι είναι δυνατό να εγκαταλειφθεί. Παρότι έχει προταθεί οι ασθενείς με πολύ μικρούς πρωτοπαθείς όγκους να αντιμετωπίζονται με ογκεκτομή, χωρίς καθαρισμό της μασχάλης, φαίνεται ότι η πρακτική της βιοψίας του λεμφαδένα-φρουρού προσφέρει το εργαλείο για την αναγνώριση των ασθενών με μικρή πιθανότητα διήθησης των λεμφαδένων. Οι εξελίξεις και οι αλλαγές που προτείνονται στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι ταχύτατες και για το λόγο αυτόν απαιτείται εξαιρετικά μεγάλη προσοχή στην υιοθέτηση νέων θεραπευτικών επιλογών για μια νόσο όπου τα αποτελέσματα της θεραπείας απαιτούν πολύ μεγάλες σειρές ασθενών και πολύ χρόνο για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Γ. Κουράκης

*Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

1. SHUKLA HS, MELHUIH J, MANSEL R, HUGHES L. Does local therapy affect survival rates in breast cancer? *Ann Surg Oncol* 1999, 6:455-460
2. NIH CONSENSUS CONFERENCE. Treatment of early stage breast cancer. *JAMA* 1991, 265:391-398
3. FISHER B, WOLMARK N, BANER M, REDMOND C, GEBHARDT M. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as determinant of histologic and nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1981, 152:765-772
4. LOUIS-SYLVESTRE C, CLOUGH K, ASSELAINE B, VILCOQ JR, SALMON RJ, CAMPANA F ET AL. Axillary treatment in conservative management of operable breast cancer: dissection or radiotherapy? Results of a randomized study with 15 years of follow-up. *J Clin Oncol* 2004, 22:97-101
5. FISHER B, REDMOND C, FISHER E, BAUER M, WOLMARK N, WICKERHAM DL. Ten-year results of a randomized trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med* 1985, 312:674-681
6. PAPAIOANNOU AN. Patients with early breast cancer may be harmed from "effective" axillary treatment. *Breast Cancer Res Treat* 1985, 6:145-147
7. NIH CONSENSUS CONFERENCE. Adjuvant therapy for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2001, 30:5-15
8. BARTH A, KRAIG M, SILBESTREIN M. Predictors of axillary lymph node metastases in patients with T1 breast carcinoma. *Cancer* 1997, 79:1918-1922
9. HOEBERS FJ, BORGER JH, HART AA, PETERSE JL, TH EL, LEBESQUE JV. Primary axillary radiotherapy as axillary treatment in breast-conserving therapy for patients with breast carcinoma and clinically negative axillary lymph nodes. *Cancer* 2000, 88:1633-1642
10. McINTOSH SA, PURNSHOTAM AD. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in breast cancer. *Br J Surg* 1998, 85:1347-1356
11. COX C, BASS S, RENTGEN D. Techniques for lymphatic mapping in breast carcinoma. *Surg Clin North Am* 1999, 8:447-467
12. SUGG S, FERGUSON D, POSNER M, HEIMANN R. Should internal mammary nodes sampled in the sentinel lymph node era? *Ann Surg Oncol* 2000, 7:188-192
13. MOTOMURA K, KOMOIKE Y, NAGUMO S, KASUGAI T, HASEGAWA Y, INAJI H ET AL. Controversies in sentinel node biopsy for breast cancer. *Breast Cancer* 2004, 11:20-26