

## Διαγνωστική προσέγγιση γυναικών με καρκίνο μαστού στην Ελλάδα

**ΣΚΟΠΟΣ** Πρόσφατες οδηγίες από την American Cancer Society αναφέρουν ότι η μαστογραφία είναι η μόνη κατάλληλη μέθοδος ελέγχου ασυμπτωματικού πληθυσμού για τον καρκίνο μαστού. Είναι επίσης καθιερωμένο ότι η πρώιμη διάγνωση της νόσου συνεπάγεται καλύτερη πρόγνωση για τη γυναίκα. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Σε αυτή την αναδρομική μελέτη αναφέρονται μέθοδοι, με τις οποίες ανιχνεύθηκε ο καρκίνος του μαστού σε 1067 γυναίκες που χειρουργήθηκαν στο Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Ογκολογίας Μαστού, και στο Νοσοκομείο «ΙΑΣΩ», μεταξύ των ετών 1980–2003. Επιπλέον, συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά του όγκου τους, το συνολικό και το ελεύθερο νόσου διάστημα επιβίωσής τους ανάλογα με τον τρόπο διάγνωσης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Από την ανάλυση προέκυψε ότι η πλειοψηφία των γυναικών εντόπισαν τον όγκο μόνες τους (74%), ενώ στο 12,3% των περιπτώσεων η διάγνωση έγινε με μαστογραφία. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι στις περιπτώσεις όπου ο όγκος εντοπίστηκε με μαστογραφία, η νόσος ήταν σε πρώιμο στάδιο και οι γυναίκες επιβίωσαν χωρίς τη νόσο και συνολικά για μεγαλύτερο διάστημα. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Πρέπει να ενταθεί η σύσταση των ιατρών για ετήσιο μαστογραφικό έλεγχο.

Η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο μαστού εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος του όγκου και την κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης τη στιγμή της διάγνωσης. Σύμφωνα με τη θεωρία του Hellman,<sup>1</sup> οι γυναίκες με καρκίνο μαστού έχουν καλύτερη επιβίωση όταν η διάγνωση γίνει τη στιγμή που ο όγκος είναι μικρός και οι λεμφαδένες αρνητικοί.

Συνεπώς, είναι προφανής η σημασία της πρώιμης διάγνωσης της νόσου για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού.

Μέχρι σήμερα, η μαστογραφία παραμένει «αδιαμφισβήτητη» η καλύτερη διαγνωστική μέθοδος της νόσου.<sup>2</sup> Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές κλινικές μελέτες, με σκοπό τη σύγκριση γυναικών που παρακολουθούνται τακτικά με μαστογραφία και γυναικών που δεν παρακολουθούνται (Malmo, Canada, Swedish Two-County, Stockholm, Health Insurance Plan, Edinburgh, Gothenburg).<sup>3-9</sup> Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό γυναικών, αφορούν σε πολυετή παρακολού-

θηση και έχουν αποδείξει τη σημασία του σταθερού μαστογραφικού ελέγχου στις ασυμπτωματικές γυναίκες για τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν παρόμοιες μελέτες.

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν να αναδείξει τον επικρατέστερο τρόπο διάγνωσης της νόσου στον ελληνικό χώρο σ' ένα αρκετά αντιπροσωπευτικό δείγμα γυναικών με καρκίνο μαστού από τα αρχεία ΙΑΣΩ/Αλεξάνδρα, σε χρονικό διάστημα 20 περίπου ετών, αλλά και να αναδείξει πώς αυτός ο τρόπος επηρεάζει την έκβαση της νόσου.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό μας αποτέλεσαν γυναίκες με καρκίνο μαστού, που αντιμετωπίστηκαν στα νοσοκομεία Αλεξάνδρα και ΙΑΣΩ από

Α. Κεραμόπουλλης,<sup>1,2</sup>  
Α. Λούβρου,<sup>1,2</sup>  
Κ. Αμπελιά,<sup>2</sup>  
Γ. Βουρλή,<sup>1</sup>  
Δ. Μπαητάς,<sup>1</sup>  
Δ. Κεραμόπουλλης,<sup>1</sup>  
Β. Γάκη,<sup>1</sup>  
Κ. Δημητρακάκης,<sup>2</sup>  
Μ. Μπέμμη,<sup>1</sup>  
Ν. Μπρεδάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Μαστού, Μαιευτήριο «ΙΑΣΩ»,  
<sup>2</sup>Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», Α΄ Μαιευτική  
και Γυναικολογική Κλινική,  
Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Τμήμα Ογκολογίας Μαστού, Αθήνα

Diagnostic approach to women  
with breast cancer in Greece

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Διάγνωση  
Καρκίνος μαστού  
Μαστογραφία

Υποβλήθηκε 20.6.2004

Εγκρίθηκε 15.7.2004

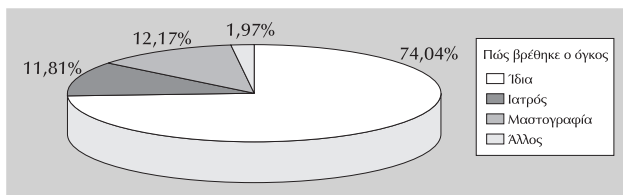
το 1980–2003. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 74 μήνες.

Από σύνολο 3481 γυναικών με καρκίνο μαστού, γνωρίζουμε πώς βρέθηκε ο όγκος σε 1067 γυναίκες. Η μέση ηλικία των γυναικών αυτών κατά την επέμβαση ήταν 53,2 έτη (24–87 έτη). Τετρακόσιες εβδομήντα γυναίκες ήταν προεμμηνοπαυσιακές όταν βρέθηκε ο όγκος, ενώ 597 ήταν μετεμμηνοπαυσιακές. Στις 1067 γυναίκες τέθηκε η ερώτηση «πώς βρέθηκε ο όγκος;». Οι κατηγορίες ήταν: Ίδια, ιατρός, υπερηχογράφημα, μαστογραφία, άλλος (σύζυγος). Στην περίπτωση που η ασθενής απάντησε ότι βρήκε τον όγκο μόνη της, τέθηκε η ερώτηση πώς ακριβώς βρήκε τον όγκο. Οι κατηγορίες ήταν: Ξαπλωμένη, στο μπάνιο, τυχαία, μετά από σχετικό θέμα στην τηλεόραση, ή επειδή πρόσεξε κάποιο κλινικό σύμπτωμα στο μαστό της (αιμορραγική ρύση, εισολκή της θηλής) και από αυτοεξέταση. Καταγράφηκε αν υπήρξε μαστογραφία κατά την οποία δεν εντοπίστηκε ο όγκος ή παρακέντηση εσφαλμένως αρνητική. Επίσης, καταγράφηκε αν η αντιμετώπιση καθυστέρησε περισσότερο από 3 μήνες από τη στιγμή που εντοπίστηκε ο όγκος. Τέλος, στην περίπτωση που ο όγκος βρέθηκε με μαστογραφία, καταγράφηκε αν ήταν η πρώτη μαστογραφία ή αν η ασθενής υποβαλλόταν τακτικά σε μαστογραφία.

Στην ανάλυση παρουσιάζονται πίνακες με τα χαρακτηριστικά των περιπτώσεων σε κάθε ομάδα και γίνεται σύγκριση των χαρακτηριστικών στην ομάδα της μαστογραφίας και των χαρακτηριστικών στις υπόλοιπες ομάδες με δοκιμασία  $\chi^2$ . Παρουσιάζονται επίσης και καμπύλες Kaplan-Meier για την επιβίωση και την ελεύθερη νόσου επιβίωση στην ομάδα των γυναικών που βρήκαν τον όγκο με μαστογραφία και στην ομάδα των γυναικών που βρήκαν τον όγκο με κάποιον άλλο τρόπο. Οι καμπύλες συγκρίνονται με τον έλεγχο log-rank.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ερώτηση πώς βρέθηκε ο όγκος, απάντησαν: Οι 790 (74%) γυναίκες ότι βρήκαν τον όγκο μόνες τους, οι 126 (11,8%) γυναίκες από το γιατρό, οι 130 (12,3%) από μαστογραφία [69 (6,5%) με την 1η μαστογραφία, 61 (5,7%) με τακτική μαστογραφία] και σε 21 (2%) περιπτώσεις ο όγκος βρέθηκε με άλλο τρόπο (εικ. 1). Είναι εντυπωσιακά μεγάλο το ποσοστό των γυναικών (74%) που βρήκαν τον όγκο μόνες τους, όταν δηλαδή ήταν κλινικά ψηλαφητός.



Εικόνα 1. Τρόποι εντοπισμού του όγκου σε 1067 γυναίκες.

Στις περιπτώσεις όπου ο όγκος βρέθηκε από την ίδια την ασθενή, ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο ακριβής τρόπος με τον οποίο εντοπίστηκε ο όγκος. Από τις 790 ασθενείς που βρήκαν τον όγκο οι ίδιες, 168 (21,3%) τον εντόπισαν ξαπλωμένες, 247 (31,3%) στο μπάνιο, 261 (33%) τυχαία, 22 (2,8%) μετά από σχετικό θέμα στην τηλεόραση, 23 (2,9%) μετά από ρύση, 45 (5,7%) είχαν εισολκή και 24 (3%) βρήκαν τον όγκο κατά την αυτοεξέταση.

Από τη μελέτη των χαρακτηριστικών του όγκου, ανάλογα με τον τρόπο που αυτός βρέθηκε, προέκυψαν τα εξής δεδομένα:

### Διάμετρος όγκου

Το μεγαλύτερο ποσοστό όγκων μεγέθους 1–20 mm (88,2%) παρατηρήθηκε στην ομάδα της μαστογραφίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις περιπτώσεις στις οποίες ο όγκος εντοπίστηκε με άλλο τρόπο ήταν 50,4% ( $P < 0,001$ ). Για τη σύγκριση αυτή δεν λαμβάνονται υπόψη οι περιπτώσεις στις οποίες το μέγεθος του όγκου ήταν άγνωστο (πίν. 1).

### Λεμφαδένες

Ενενήντα τέσσερις από τις 130 γυναίκες (72,3%) που βρήκαν τον όγκο με μαστογραφία είχαν αρνητικούς λεμφαδένες, ενώ 474 από τις 937 γυναίκες (50,6%) που εντόπισαν τον όγκο με κάποιον από τους άλλους τρόπους είχαν αρνητικούς λεμφαδένες ( $P < 0,001$ ) (πίν. 2).

### Βαθμός κακοήθειας του όγκου

Στην ομάδα της μαστογραφίας, βαθμός κακοήθειας I βρέθηκε σε 33 γυναίκες (25,4%), ενώ στις γυναίκες των άλλων ομάδων αντίστοιχος βαθμός διαπιστώθηκε σε 128 (16,2%,  $P = 0,015$ ) (πίν. 3).

### Ηλικία

Οι ομάδες δεν διέφεραν ως προς την ηλικία. Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται ο αριθμός και το αντίστοιχο ποσοστό προεμμηνοπαυσιακών και μετεμμηνοπαυσιακών ασθενών σε κάθε ομάδα.

### Είδος χειρουργικής επέμβασης

Σε 445 (41,71%) περιπτώσεις η επέμβαση που έγινε ήταν μαστεκτομή, ενώ σε 622 (58,29%) περιπτώσεις διενεργήθηκε τμηματεκτομή.

**Πίνακας 1.** Μέγεθος όγκου και τρόπος εντοπισμού του όγκου.

Μέγεθος (mm)	Ίδια	Ιατρός	Μαστογραφία	Άλλο
1-20	392 (49,6%)	67 (53,2%)	112 (86,2%)	9 (42,9%)
21-50	358 (45,3%)	50 (39,7%)	12 (9,2%)	10 (47,6%)
>51	34 (4,3%)	7 (5,6%)	3 (2,3%)	2 (9,5%)
Άγνωστο	6 (0,8%)	2 (1,6%)	3 (2,3%)	0

**Πίνακας 2.** Διθημένοι λεμφαδένες και τρόπος εντοπισμού του όγκου.

Διθημένοι λεμφαδένες	Ίδια	Ιατρός	Μαστογραφία	Άλλο
0	396 (50,1%)	71 (56,3%)	94 (72,3%)	7 (33,3%)
1-3	211 (26,7%)	27 (21,4%)	22 (22,0%)	7 (33,3%)
4-9	107 (13,5%)	16 (12,7%)	9 (6,9%)	4 (19,0%)
>10	76 (9,6%)	12 (9,5%)	5 (3,8%)	3 (14,3%)

**Πίνακας 3.** Βαθμός κακοήθειας και τρόπος εντοπισμού του όγκου.

Grade	Ίδια	Ιατρός	Μαστογραφία	Άλλο
I	104 (13,2%)	23 (18,3%)	33 (25,4%)	1 (4,8%)
II	474 (60,0%)	57 (45,2%)	74 (56,9%)	13 (61,9%)
III	181 (22,9%)	36 (28,6%)	16 (12,3%)	5 (23,8%)
Άγνωστο	31 (3,9%)	10 (7,9%)	7 (5,4%)	2 (9,5%)

**Πίνακας 4.** Εμμηνοπαυσιακή κατάσταση και τρόπος εντοπισμού του όγκου.

Εμμηνος ρύση	Ίδια	Ιατρός	Μαστογραφία	Άλλο	P
Προεμμηνοπαυσιακές	355 (44,9%)	57 (45,2%)	50 (38,5%)	8 (38,1%)	0,518
Μετεμμηνοπαυσιακές	435 (55,1%)	69 (54,8%)	80 (61,5%)	13 (61,9%)	

Σε 96 από τις 130 περιπτώσεις (73,9%) όπου ο όγκος εντοπίστηκε με μαστογραφία και σε 526 από τις 837 (62,8%) περιπτώσεις στις οποίες ο όγκος εντοπίστηκε με κάποιον άλλο τρόπο, η νόσος αντιμετωπίστηκε με τμηματεκτομή (P=0,019) (πίν. 5).

#### Επιβίωση και ελεύθερο νόσου διάστημα

Στην ομάδα στην οποία η ασθενής βρήκε μόνη της τον όγκο παρατηρήθηκαν 36 θάνατοι (4,6%), 93 συστηματικές υποτροπές (11,8%) και 46 (5,8%) τοπικές υποτροπές, στην ομάδα που ο όγκος βρέθηκε από τον ιατρό 11 (8,7%) θάνατοι, 16 (12,7%) συστηματικές υποτροπές και 6 (4,8%) τοπικές υποτροπές, στην ομάδα στην οποία ο όγκος βρέθηκε με μαστογραφία 2 (1,5%) θάνατοι, 4 (3,1%) συστηματικές υποτροπές και καμιά τοπική υπο-

**Πίνακας 5.** Χειρουργική επέμβαση και τρόπος εντοπισμού του όγκου.

	Ριζική	Τμηματεκτομή
Ίδια	345 (43,7%)	445 (56,3%)
Ιατρός	53 (42,1%)	73 (57,9%)
Μαστογραφία	34 (26,2%)	96 (73,8%)
Άλλο	13 (61,9%)	8 (38,1%)

τροπή, ενώ στην ομάδα όπου ο όγκος εντοπίστηκε με άλλο τρόπο παρατηρήθηκαν 2 (9,5%) θάνατοι, 3 (14,3%) συστηματικές υποτροπές και καμιά τοπική υποτροπή. Στις περιπτώσεις όπου η μαστογραφία αφορούσε σε τακτική παρακολούθηση (61 περιπτώσεις) και όχι σε τυχαία εξέταση δεν παρατηρήθηκε κανένας θάνατος, ενώ παρατηρήθηκε μόνο μία συστηματική υποτροπή. Οι πίνακες 6

και 7 και οι εικόνες 2, 3 παρουσιάζουν συνοπτικά τα συγκριτικά αποτελέσματα στην πορεία νόσου των γυναικών που βρήκαν με μαστογραφία (τακτική ή τυχαία) και των γυναικών που βρήκαν με άλλο τρόπο τον όγκο. Στις εικόνες παρουσιάζονται οι καμπύλες για απεικόνιση της κατάστασης και όχι ως απόδειξη συσχέτισης της ανεύρεσης του όγκου με μαστογραφία με την εξέλιξη της νόσου, και αυτό επειδή οι δύο ομάδες διαφέρουν ως προς το μέγεθός τους, το χρόνο παρακολούθησης

**Πίνακας 6.** Αριθμός θανάτων, συστηματικών και τοπικών υποτροπών για τις γυναίκες που εντόπισαν τον όγκο με μαστογραφία και με άλλο τρόπο.

	Μαστογραφία (n=130)	Άλλος τρόπος (n=937)	P
Θάνατος	2 (1,5%)	49 (5,2%)	0,077
Συστηματική υποτροπή	4 (3,1%)	112 (11,95%)	0,001
Τοπική υποτροπή	0 (0,0%)	52 (5,6%)	0,002

**Πίνακας 7.** Αριθμός θανάτων, συστηματικών και τοπικών υποτροπών για τις γυναίκες που εντόπισαν τον όγκο με περιοδική ή τυχαία μαστογραφία.

	Τυχαία μαστογραφία	Τακτική μαστογραφία (screening)	P
Θάνατος	2 (2,9%)	0 (0,0%)	0,531
Συστηματική υποτροπή	3 (4,3%)	1 (1,6%)	0,701
Τοπική υποτροπή	0 (0,0%)	-	

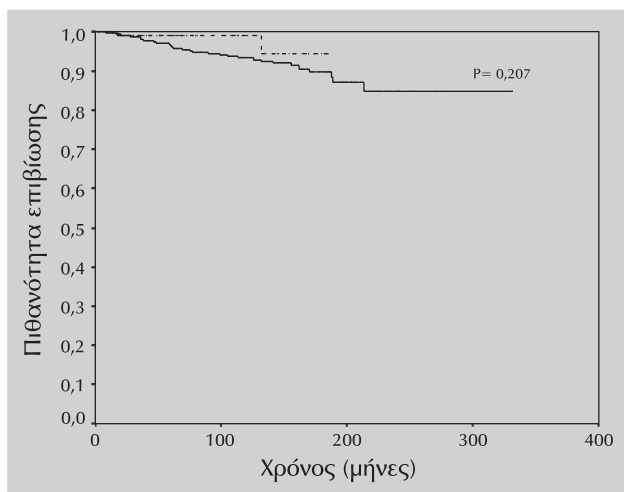
και τα χαρακτηριστικά του όγκου. Οι ομάδες διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ως προς τις υποτροπές, ενώ παρουσιάζουν σαφώς καλύτερη επιβίωση ( $P=0,077$ ,  $0,001$ ,  $0,002$ ). Η δοκιμασία log-rank για τις καμπύλες Kaplan-Meier έδωσε  $P=0,207$  και  $P=0,024$  για την επιβίωση και την επιβίωση χωρίς συστηματική υποτροπή, αντίστοιχα, ενώ για την τοπική υποτροπή δεν έγινε η ίδια ανάλυση, λόγω του γεγονότος ότι στην ομάδα της μαστογραφίας δεν παρατηρήθηκαν τοπικές υποτροπές.

Συγκρίνοντας τις υποομάδες των περιπτώσεων τακτικής και τυχαίας μαστογραφίας, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα χαρακτηριστικά του όγκου και τον αριθμό των θανάτων ή των υποτροπών (πίν. 7).

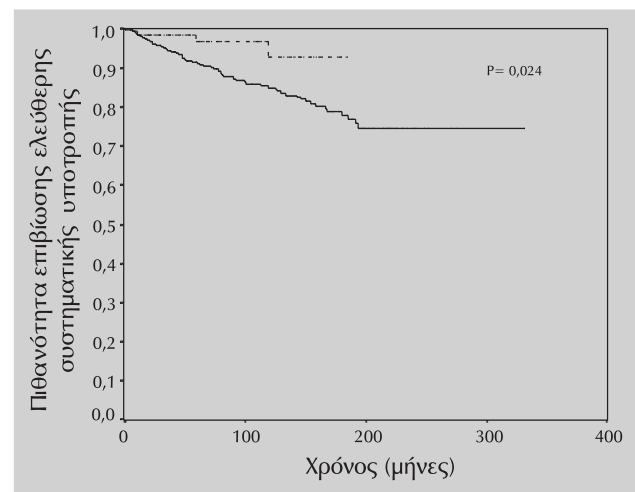
Τέλος, συγκρίθηκε ο αριθμός των γυναικών στις οποίες η διάγνωση της νόσου έγινε με μαστογραφία πριν και μετά το 1996, με τον αριθμό των γυναικών στις οποίες η διάγνωση έγινε με οποιοδήποτε άλλο τρόπο στο ίδιο διάστημα.

Μετά το 1996 αυξάνει σαφώς η χρήση μαστογραφίας για τη διάγνωση της νόσου. Η αύξηση αυτή αποδείχθηκε στατιστικώς σημαντική ( $P=0,012$ ) (πίν. 8).

Σε 325 περιπτώσεις η αντιμετώπιση του καρκίνου έγινε με καθυστέρηση μεγαλύτερη των 3 μηνών. Σε 279 (35,3%) από αυτές τις περιπτώσεις οι γυναίκες είχαν βρει μόνες τους τον όγκο, σε 16 (12,7%) ο όγκος είχε βρεθεί από το γιατρό, σε 24 (18,5%) ο όγκος είχε βρεθεί με μαστογραφία και σε 6 (28,6%) ο όγκος είχε βρεθεί με άλλο τρόπο. Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες



**Εικόνα 2.** Καμπύλες Kaplan-Meier για την επιβίωση των γυναικών που εντόπισαν τον όγκο με μαστογραφία και με άλλο τρόπο. Η διακεκομμένη γραμμή αντιστοιχεί στις γυναίκες που εντόπισαν τον όγκο με μαστογραφία.



**Εικόνα 3.** Καμπύλες Kaplan-Meier για την ελεύθερη νόσου επιβίωση των γυναικών που εντόπισαν τον όγκο με μαστογραφία και με άλλο τρόπο. Η διακεκομμένη γραμμή αντιστοιχεί στις γυναίκες που εντόπισαν τον όγκο με μαστογραφία.

**Πίνακας 8.** Μαστογραφικός έλεγχος πριν και μετά το 1996.

	Μαστογραφία	Άλλο	P
Πριν το 1996	44 (9,3%)	548 (90,7%)	0,0118
Μετά το 1996	86 (14,5%)	389 (85,5%)	

καθυστερήσεις σημειώθηκαν στην περίπτωση όπου ο όγκος είχε βρεθεί από την ίδια την ασθενή ( $P < 0,001$ ).

Σε 134 (12,6%) περιπτώσεις η μαστογραφία ήταν εσφαλμένως αρνητική και σε 54 (5,1%) περιπτώσεις η παρακέντηση ήταν εσφαλμένως αρνητική.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας προκύπτει ότι καθόλη την εικοσαετία ο επικρατέστερος τρόπος διάγνωσης προσέγγισης της νόσου στις γυναίκες με καρκίνο μαστού ήταν οτιδήποτε άλλο εκτός από την τακτική ή τυχαία μαστογραφία. Από το 1980–1996, η διάγνωση είχε τεθεί από τη μαστογραφία σε ποσοστό μόνο 9,4% των γυναικών και από το 1996–2003 σε ποσοστό 14,5%, ενώ συνολικά και σε ποσοστό 74% η διάγνωση έγινε από τις ίδιες τις γυναίκες, που βρήκαν τον όγκο μόνες τους ή είδαν κάποιο συνοδό σύμπτωμα της νόσου (αιμορραγική ρύση, εισολκή θηλής) και αναζήτησαν ιατρική βοήθεια.

Η ομάδα των γυναικών στις οποίες η διάγνωση της νόσου έγινε με μαστογραφία είχαν καλύτερη επιβίωση και γενικότερα καλύτερη πορεία νόσου (πίν. 6). Αυτό συνέβη επειδή οι γυναίκες αυτές είχαν τους περισσότερους μικρούς όγκους, με το μικρότερο βαθμό κακοήθειας, αλλά και τους περισσότερους αρνητικούς λεμφαδένες κατά το χρόνο της διάγνωσης.

Κατά τον Hellman, οι μικροί όγκοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: σε εκείνους που είναι κλινικώς ασήμαντοι και δεν θα δώσουν μετάσταση, ακόμα και αν μείνουν χωρίς θεραπεία, και σε εκείνους που αν δεν αντιμετωπιστούν θα προκαλέσουν μετάσταση, η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο. Στη δεύτερη κατηγορία, η πιθανότητα μετάστασης είναι συνάρτηση του μεγέθους του όγκου και του αριθμού των διηθημένων λεμφαδένων.<sup>1</sup>

Η μαστογραφία, όπως αποδεικνύεται από τις σχετικές κλινικές μελέτες,<sup>3-9</sup> παραμένει –παρόλες τις ατέλειές της– η βασική μέθοδος πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού και άρα μείωσης της θνησιμότητας από τη νόσο.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι, στην ομάδα των ασθενών στην οποία ο όγκος εντοπί-

στηκε με τακτική μαστογραφία, μόνο μία ασθενής παρουσίασε συστηματική υποτροπή (1,6%), ενώ δεν παρατηρήθηκε κάποια τοπική υποτροπή ή θάνατος. Τα αποτελέσματα αυτά αποτελούν ένδειξη καλύτερης πρόγνωσης στις περιπτώσεις όπου ο όγκος εντοπίζεται με μαστογραφία. Ο Tabar, στο άρθρο σχετικά με την κλινική μελέτη *Two County*, αναφέρει αυξημένη επιβίωση της ομάδας που υποβάλλεται σε περιοδικό μαστογραφικό έλεγχο [RR=0,68, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (0,59, 0,80)].<sup>2</sup>

Ο Hellman σχολιάζει τα αποτελέσματα της *Two County* και υποστηρίζει ότι η πρώιμη μαστογραφική διάγνωση της νόσου απέτρεψε την εκδήλωση θανατηφόρων μεταστάσεων, που ενδεχομένως θα συνέβαιναν το χρονικό διάστημα μέχρι τον κλινικό εντοπισμό της νόσου.<sup>1</sup>

Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης του Malmö δείχνουν μείωση του σχετικού κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες 40–49 ετών που έκαναν τακτικά μαστογραφία [RR=0,64, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (0,45, 0,89)].<sup>4</sup> Ιδιαίτερα για τις γυναίκες 50–74 ετών, η κλινική δοκιμή της Στοκχόλμης έδειξε σχετικό κίνδυνο θανάτου 0,62 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (0,38–1,0) υπέρ της ομάδας που παρακολουθείτο με μαστογραφία.<sup>5</sup>

Στην ανασκόπηση από τον Richards αναφέρεται μείωση κατά 12% της 5ετούς επιβίωσης στις περιπτώσεις καθυστερημένης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.<sup>10</sup> Από τη μελέτη του δικού μας υλικού επισημαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καθυστερημένης αντιμετώπισης της νόσου παρατηρείται στις περιπτώσεις όπου ο όγκος εντοπίστηκε από την ίδια την ασθενή (35,3%).

Αρκετοί ερευνητές επισημαίνουν ότι η μαστογραφία, εφόσον δίνει τη δυνατότητα διάγνωσης σε πρώιμα στάδια της νόσου, επιτρέπει την εφαρμογή συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας,<sup>11</sup> εξασφαλίζοντας έτσι καλύτερη ποιότητα ζωής, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα δικά μας αποτελέσματα (πίν. 5).

Δυστυχώς, στην πραγματικότητα, το ποσοστό των γυναικών που τακτικά εξετάζονται για καρκίνο του μαστού είναι χαμηλό. Ο Coates αναφέρει ότι σε δείγμα 1619 ασθενών, ηλικίας 20–44 ετών από διάφορες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών, 71% των όγκων είχαν εντοπιστεί από την ίδια την ασθενή, 9% από τακτική κλινική εξέταση και 20% από μαστογραφία.<sup>12</sup> Στο δικό μας υλικό, σε ποσοστό 74% ο όγκος εντοπίστηκε από την ίδια την ασθενή.

Η Newcomer αναφέρει ότι σε ασθενείς >50 ετών, 48% των όγκων βρέθηκαν από την ίδια την ασθενή,

11% από κλινική εξέταση και 41% από μαστογραφία.<sup>13</sup> Στο δικό μας υλικό, δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφορά στον τρόπο ανίχνευσης της νόσου μεταξύ των προεμμηνοπαυσιακών και μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που να αναδεικνύουν το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε περιοδικό μαστογραφικό έλεγχο. Ενδείξεις, ωστόσο, υπάρχουν ότι όλο και περισσότεροι οι Έλληνίδες εξοικειώνονται με τη μέθοδο. Το γεγονός αυτό πιστοποιείται και από την παρούσα μελέτη, όπου παρατηρείται σαφής αύξηση του αριθμού των γυναικών που

έκαναν μαστογραφία πριν από το 1996 και μετά το 1996, σε σχέση με τον αριθμό των γυναικών που βρήκαν τον όγκο με άλλο τρόπο (πίν. 6). Επειδή όμως η πλειονότητα των γυναικών στην Ελλάδα δεν ενημερώνεται σωστά για την αναγκαιότητα και τη συχνότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου, είναι υποχρέωση των ιατρών να συστήνουν ετήσιο κλινικό και μαστογραφικό έλεγχο, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Ο ετήσιος έλεγχος πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 40 ετών και να συνεχίζεται και κατά το γήρας των γυναικών, εφόσον το επιτρέπει η γενική τους κατάσταση.

## ABSTRACT

### Diagnostic approach to women with breast cancer in Greece

A. KERAMOPOULLOS,<sup>1,2</sup> A. LOUVROU,<sup>1,2</sup> K. AMPELA,<sup>2</sup> G. VOURLI,<sup>1</sup> D. BALTAS,<sup>1</sup> D. KERAMOPOULLOS,<sup>1</sup> V. GAKI,<sup>1</sup> K. DIMITRAKAKIS,<sup>2</sup> M. BEBI,<sup>1</sup> N. BREDAKIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Breast Cancer Unit, "IASO" Hospital, <sup>2</sup>"Alexandra" Maternity Hospital, Breast Oncology Department, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2005, 22(1):66-72*

**OBJECTIVE** Recent guidelines from the American Cancer Society report that mammography is the only appropriate screening method for breast cancer in women. It is well established that early detection of the disease implies a better prognosis for the woman. **METHOD** This is a retrospective study of the ways by which breast cancer was detected in 1,067 women treated in the Alexandra Maternity Hospital and IASO Women's Hospital in the years 1980-2003. Additionally, the tumor characteristics and the survival and disease free survival of the women were analyzed. **RESULTS** The majority of the women detected the tumor themselves (74%), while in 12.3% of cases the diagnosis was made by mammography. The findings suggest that in cases where the tumor was detected by mammography the disease was in an earlier stage and women had a longer survival and disease free survival. **CONCLUSIONS** Doctors' recommendations for annual mammographic screening must be intensified.

**Key words:** Breast cancer, Diagnosis, Mammography

## Βιβλιογραφία

- HELLMAN S. Natural history of small breast cancers, Karnofsky Memorial Lecture. *J Clin Oncol* 1994, 12:2229-2234
- SMITH RA, SASLOW D, SAWYER KA. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening; update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003, 54:141-169
- TABAR L, VITAK B, CHEN HH, DUFFY SW, YEN MF, CHIANG CF ET AL. The Swedish Two County trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. *Radiol Clin North Am* 2000, 38:625-651
- ANDERSSON I, JANZON L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: updated results from the Malmo Mammographic Screening Program. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997, 22:63-67
- FRISELL J, LIDBRINK E, HELLSTROM L, RUTQVIST LE. Follow-up after 11 years update of mortality results in the Stockholm mammographic screening trial. *Breast Cancer Res Treat* 1997, 45:263-270
- CHU KC, SMART CR, TARONE RE. Analysis of breast cancer mortality and stage distribution by age for the Health Insurance Plan clinical trial. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1988, 80:1125-1132
- MILLER AB, TO T, BAINES CJ, WALL C. The Canadian National Breast Screening Study-1: Breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Breast Cancer Res Treat* 1997, 45:263-270

8. BJURSTAM N, BJORNELD L, DUFFY SW, SMITH TC, CAHLIN E, ERIKSON O ET AL. The Gothenburg Breast Cancer Screening Trial: Preliminary results on breast cancer mortality for women aged 39–49. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997, 22:53–55
9. ALEXANDER FE, ANDERSON TJ, BROWN HK, FORREST AP, HEPBURN W, KIRKPATRICK AE ET AL. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast cancer screening. *Lancet* 1999, 353:1903–1908
10. RICHARDS MA, WESTOMBE AM, LOVE SB, LITTLEJOHNS P, RAMIREZ AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: Systematic review. *Lancet* 1999, 353:1119–1126
11. OVERMOYER B. Breast cancer screening. *Med Clin North Am* 1999, 83:1443–1466
12. COATES RJ. Patterns and predictors of the breast cancer detection methods in women under 45 years of age (United States). *Cancer Causes Control* 2001, 12:431–442
13. NEWCOMER LM, NEWCOMB PA, TRENTAM-DIETZ A, STOPER BE, YASHIY, DALING JR ET AL. Detection method and breast carcinoma histology. *Cancer* 2002, 95:470–477
14. SIROVICH BE, SOX HC. Breast cancer screening. *Surg Clin North Am* 1999, 79:961–990

*Corresponding author:*

A. Keramopoulos, "IASO" Women's Hospital, Breast Cancer Unit, 37–39 Kifissias Ave., Maroussi, Greece

