

## Καρκίνος Μαστού και Εγκυμοσύνη

**Κ. Θεοδοσιάδου, Μαία, τέως Πρόεδρος Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης.**

### Περίληψη

Σε ποσοστό 1/3.000 εγκυμοσύνες απαντάται ο καρκίνος του μαστού. Η πρόγνωση του δυστυχώς δυσοίωνη, γιατί στο 80-85% των περιπτώσεων οι ασθενείς καταλήγουν λόγω της μη έγκαιρης διάγνωσης, που κυμαίνεται από 5-15 μήνες μετά την εμφάνιση του όγκου, ενώ οι θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της νόσου είναι ελάχιστες.

### Εισαγωγή

Οι τρεις λέξεις που αποτελούν τον τίτλο του θέματος, είναι λέξεις που η κάθε μία με τη σειρά της οδηγεί τη σκέψη μας σε διαφορετικούς ορίζοντες.

**Καρκίνος:** Ίσως η πιο παρεξηγημένη, κακόχη και δυσοίωνη λέξη, που προκαλεί αίσθημα ασφυξίας ακόμα και στο άκουσμά της. Λέξη που έχει τη γενική έννοια "ανταρσία των κυττάρων", με δυστυχώς άσχημες και αρκετά συχνά μοιραίες επιπτώσεις γι' αυτή την ίδια τη ζωή.

**Μαστός:** Όργανο του σώματος, ιδιαίτερης σημασίας και αίσθησης για τη γυναίκα. Το πιο "θηλυκό" γυναικείο όργανο. Σύμβολο ομορφιάς, παρθενικότητας, αγνότητας, συχνά λαγνείας, και προπάντων γονιμότητας και μητρότητας. Η ευωδιά του είναι συνδεδεμένη με τη ζωή. Η πρώτη γλυκιά εξάρτηση, που γνωρίζει ο καθένας μας, αδιαμφισβήτητα είναι αυτή με το μαστό της μητέρας του.

Ο μαστός είναι πηγή ζωής. Είναι το όργανο που ακολουθεί βήμα προς βήμα την πορεία και την εξέλιξη κάθε γυναίκας, από το λίκνο μέχρι το βαθύ γήρας. Μαζί της

αναπτύσσεται, διαφοροποιείται, ωριμάζει, γερνά.

Είναι εκείνο το όργανο που προδίδει την ηλικία, την ψυχοσωματική κατάσταση και συμμετέχει ενεργά σ' όλες τις στιγμές της ζωής κάθε γυναίκας. Είναι το όργανο που υμνήθηκε, έγινε πηγή έμπνευσης και φιλοτεχνήθηκε περισσότερο από κάθε άλλο.

**Εγκυμοσύνη:** Η πιο όμορφη, γλυκιά και δημιουργική περίοδος της ζωής κάθε γυναίκας. Η συνύπαρξη και η συνεύρεση των τριών είναι αδιαφιλονίκητα κακή συγκυρία, με δυστυχώς κακή πρόγνωση.

Στο γενικό πληθυσμό ο καρκίνος του μαστού είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου των γυναικών. Περίπου το 4% των γυναικών πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Είναι η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών από 35-55 χρόνων. Σε γυναίκες κάτω των 30 χρόνων έχει συχνότητα μικρότερη του 1%.

Υπάρχει εξάλλου σχέση μεταξύ της ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού και της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Έτσι, πιστεύεται ότι η εγκυμοσύνη παρέχει προστασία στο μαστό της γυναίκας από τον καρκίνο, όταν η ηλικία απόκτησης του 1ου παιδιού είναι μικρότερη των 20 χρόνων, ενώ, η απόκτηση του 1ου παιδιού σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 χρόνων, εικάζεται ότι τριπλασιάζει την παθογένεια του καρκίνου του μαστού.

Επίσης, ερευνητές αναφέρουν ότι η ατεκνία κρύβει αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά λιγότερες από αυτές της μεγάλης πρωτοτόκου. Άλλος επιβαρυντικός παράγοντας εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι και οι αμβλώσεις του 1ου τριμήνου. Πιστεύεται ότι

πρωτοτόκες που κυοφορούν άρρενα έμβρυα, προστατεύονται από καρκίνο του μαστού λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (8η-15η εβδομάδα).

Τέλος, από μελέτες έχει καταρριφθεί ο μύθος της προστασίας του μαστού από τον καρκίνο, εκείνων των γυναικών που θήλασαν.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας, ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνά απαντώμενος καρκίνος σε ποσοστό 1/3.000 εγκυμοσύνες. Η ηλικία των ασθενών είναι 32-38 χρόνων, με συχνά επιλεγμένη την αργοπορημένη τεκνοποιία. Δυστυχώς, πιθανόν τα ποσοστά της εγκυμοσύνης, που περιπλέκεται από τον καρκίνο του μαστού, να αυξηθούν στο μέλλον, γιατί ο αριθμός των μεγάλων πρωτοτόκων αυξάνεται συνεχώς, αφενός λόγω των νεοδημιουργηθέντων συνθηκών διαβίωσης (ζωή στα αστικά κέντρα - σπουδές - οικονομικές δυσχέρειες), και αφετέρου λόγω των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, που δίνει τους καρπούς της σ' όλο και περισσότερα ζευγάρια, που, σίγουρα, στην πλειονότητά τους η σύντροφος είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 35 χρόνων.

**Διάγνωση:** Το φυσιολογικό τέντωμα και η διόγκωση των μαστών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας, μπορεί να γίνει τροχοπέδη στην αποκάλυψη υπαρχόντων όγκων και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η αργοπορημένη διάγνωση είναι αρκετά συχνή, οριοθετείται δε μεταξύ 5 και 15 μηνών από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Λόγω της αργοπορίας, ο καρκίνος ανακαλύπτεται σε πιο προχωρημένα στάδια από ότι στις μετέπειτα έγκυες γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Κάθε διαφοροποίηση, που η έγκυος γυναίκα αντιλαμβάνεται στην υφή ή στην όψη του μαστού της, την αποδίδει στην εγκυμοσύνη. Σχεδόν πάντα, παραλείπεται κατά την πρώτη εξέταση - απ' όσους παρέχουν μαιευτική φροντίδα

στην έγκυο- η εξέταση των μαστών.

Η αγγειοβρίθεια του μαστού στην εγκυμοσύνη ευνοεί τη διασπορά του καρκίνου, και τέλος, η υπερπαραγωγή οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διευκολύνει την ταχύτερη ανάπτυξη του όγκου του μαστού. Γενικά, η επιβίωση των εγκύων γυναικών με καρκίνο του μαστού είναι χειρότερης πρόβλεψης σ' όλα τα στάδια, με ποσοστά μέσης επιβίωσης της τάξης του 15-20%. Η πρώτη που θα ανακαλύψει το ογκίδιο είναι η ίδια η έγκυος ή λεχώιδα στη διάρκεια της αυτοεξέτασης, στην οποία η κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένη.

Η διαγνωστική προσέγγιση επιτυγχάνεται με υπερήχους και μαστογραφία. Με την πρόεπουσα προφύλαξη η μαστογραφία (0,15 rad είναι η εκπεμπόμενη ακτινοβολία) βάζει σε μικρό κίνδυνο το έμβρυο, λόγω της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας. Ωστόσο, οι μαστογραφίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο στην εκτίμηση των μαζών και στην εντόπιση κρυφών ογκιδίων, που βρέθηκαν με την κλινική εξέταση.

Μέχρι και το 25% των μαστογραφιών στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι αρνητικές σε παρουσία καρκίνου του μαστού. Η βιοψία είναι ασφαλέστερη και θέτει οριστική διάγνωση των ύποπτων αλλοιώσεων. Γίνεται με λεπτή βελόνα αναρρόφησης ή εκτομής υπό γενική αναισθησία.

Οι συνήθεις διαδικασίες για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, είναι σειρές ακτινογραφιών που εκθέτουν όμως το έμβρυο στην εκπεμπόμενη ακτινοβολία, η οποία στο πρώτο τρίμηνο της ενδομήτριας ζωής μπορεί να προκαλέσει συγγενείς ανωμαλίες, όπως μικροκεφαλία. Όμως, μία ακτινογραφία θώρακα, που έχει 0,008 rad, με προστασία της κοιλιάς θεωρητικά είναι ασφαλής, αλλά όπως όλες οι ακτινογραφίες θα πρέπει να γίνεται όταν κρίνεται απολύτως απαραίτητη για τη θεραπεία.

Για την πιθανή εντόπιση οστικών μεταστάσεων, είναι προτιμότερο ένα σπινθη-

ρογράφημα οστών παρά μία σειρά ακτινογραφιών των οστών, που η κάθε μία εκπέμπει 0,1 rad.

Η ανίχνευση των πιθανών μεταστάσεων στο ήπαρ γίνεται με υπερήχους και οι πιθανές πνευμονικές μεταστάσεις ανιχνεύονται με μαγνητική τομογραφία. Και στις δύο περιπτώσεις αποφεύγεται η έκθεση του εμβρύου στην ακτινοβολία, αν και η ασφάλεια της μαγνητικής τομογραφίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένη.

Η παθολογία του καρκίνου του μαστού, είναι παρόμοια στις έγκυες και λεχώιδες γυναίκες μ' αυτή των μη εγκύων γυναικών της ίδιας ηλικίας. Οι αναλύσεις των ορμονικών υποδοχέων είναι συνήθως αρνητικές στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που ίσως είναι αποτέλεσμα της δεσμευτικής ικανότητας των υποδοχέων, λόγω των υψηλών επιπέδων οιστρογόνων στο πλάσμα των εγκύων γυναικών.

Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητές που δηλώνουν ότι η θετικότητα, δηλαδή η παρουσία ορμονικών υποδοχέων, είναι παρόμοια στα δείγματα των εγκύων και μη εγκύων γυναικών. Η ύπαρξη τόσων οιστρογονικών υποδοχέων (PR+) στο παρασκεύασμα, είναι δείκτες καλής ανταπόκρισης του όγκου στη χημειοθεραπεία.

Οι διαδοχικές μετρήσεις του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) δεν προσθέτουν τίποτα στην αντιμετώπιση της κατάστασης, επειδή ο τίτλος του CEA επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη. Ο θερματισμός της εγκυμοσύνης δεν φαίνεται να προσφέρει καμία ωφελιμότητα στην τελική έκβαση της ασθένειας και συνήθως δεν θεωρείται ως η καλύτερη θεραπευτική αγωγή.

Ο θερματισμός της εγκυμοσύνης γίνεται λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του εμβρύου, την επιθυμία της ασθενούς και εφόσον η συνέχιση της εγκυμοσύνης θέτει φραγμούς στη θεραπευτική αγωγή με την οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η ασθενής.



(Από το περιοδικό "Γονείς", Υπερτεύχος, Β' εξάμηνο 1995).

### Θεραπευτική προσέγγιση

Η νόσος αντιμετωπίζεται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο εντοπίστηκε. Έτσι:

**Στάδιο I και II** (όγκος 2-5 cm, χωρίς μεταστάσεις ή μόνον διηθημένους μασχालιαίους λεμφαδένες). Η χειρουργική επέμβαση συνιστάται ως η πρωταρχική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού των εγκύων γυναικών. Η ακτινοβολία σε θεραπευτικές δόσεις μπορεί να εκθέσει το έμβρυο σε πολύ ισχυρή διασκοπιστική ακτινοβολία, σε οποιοδήποτε στάδιο ανάπτυξής του. Η μαστεκτομία είναι θεραπεία επιλογής.

Λεμφαδεκτομία με ραδιοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η ασθενής επιθυμεί διατήρηση του μαστού, αν και η αντιμετώπιση αυτή δεν προσφέρει μεγαλύτερη μακροβιότητα.

Αν η χημειοθεραπεία κριθεί απαραίτητη, αυτή δεν μπορεί να δοθεί στη διάρκεια του 1ου τριμήνου λόγω του επικείμενου κινδύνου τερατογένεσης. Η χημειοθεραπεία προτιμάται να αναβάλλεται μέχρι τον τοκετό, αν όμως θεωρηθεί αναγκαία πρέπει να γίνεται το 2ο ή 3ο τρίμηνο, με πιθανότητα πρόκλησης πρόωρου τοκετού ή εμβρυϊκή απώλεια. Δεδομένα για άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στο έμβρυο είναι περιορισμένες. Επίσης, η επικουρική ορμονοθεραπεία ή ο συνδυασμός της με χημειοθεραπεία, για την αντιμετώπιση του καρκίνου

του μαστού στην έγκυο γυναίκα, είναι περιορισμένης εμβέλειας.

Στάδιο III και IV (όγκος > 5 cm, με μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα).

Είναι κατάσταση μη αναστρέψιμη και σε ποσοστό 95% επέρχεται ο θάνατος προ της διετίας. Πολλές μελέτες δείχνουν 5χρονη επιβίωση με αμφίβολη ποιότητα ζωής, σε ποσοστό 10% σε εγκύους ασθενείς III και IV σταδίου. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία πρέπει να αποφεύγονται στο 1ο τρίμηνο για τους προαναφερθέντες λόγους. Όμως, επειδή η ζωή της μητέρας είναι άμεσα σε κίνδυνο, η διακοπή της εγκυμοσύνης πρέπει να συζητείται με την έγκυο γυναίκα και την οικογένειά της, αν και αυτή η διακοπή δεν βελτιώνει την πρόγνωση της νόσου.

### Θηλασμός

Η διακοπή του θηλασμού δεν βελτιώνει την πρόγνωση. Πρέπει, όμως, να διακόπτεται ο θηλασμός αν η θεραπευτική αντιμετώπιση χρήζει χημειοθεραπείας, γιατί πολλά αντινεοπλασματικά φάρμακα (ειδικά η μεθοτρεξάτη και η κυκλοφωσφαμίδη), που χρησιμοποιούνται συστηματικά, συγκεντρώνονται σε υψηλά επίπεδα στο μητρικό γάλα. Επίσης, όταν προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση διακόπτεται ο θηλασμός, ώστε να μειωθεί το μέγεθος και η αγγείωση του μαστού της λεχαιίδας.

### Επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στο έμβρυο

Επιπτώσεις (δηλ. μεταστάσεις) στο έμβρυο από τη νόσο της μητέρας είναι σπάνιες, ως ανύπαρκτες, στη διεθνή βιβλιογραφία. Ίσως, λόγω της πιθανής ύπαρξης αντίστασης της τροφοβλάστης και του εχθρικού εμβρυϊκού περιβάλλοντος στα λίγα καρκινικά κύτταρα που περνούν το φραγμό του πλακούντα. Θεωρείται επίπτωση της νόσου της μητέρας στο έμβρυο, αν αυτό νοσήσει από καρκίνο τον

1ο χρόνο της ζωής του. Σε ασθενή της αναπαραγωγικής ηλικίας, που έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού, ο χρόνος που πρέπει να συστηθεί για νέα προσπάθεια σύλληψης είναι η παρέλευση χρονικής περιόδου τουλάχιστον 2 ετών, γιατί σ' αυτή τη χρονική περίοδο εκδηλώνονται όλες οι πιθανές επιπλοκές της νόσου.

Τελειώνοντας αυτή την ανασκόπηση θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή όλων μας στη συμβουλευτική προς τις έγκυες και λεχαιίδες, που είναι μεγάλο τμήμα του αντικείμενου ενασχόλησής μας. Ακόμα, ίσως θα πρέπει να είναι και πρόταση στο Υπουργείο Υγείας από τους Συλλόγους μας. **“Προσεκτική επισκόπηση και λήψη test Παπανικολάου κατά την πρώτη εξέταση της εγκύου, για αποφυγή των δυσάρεστων επιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σχολαστική ψηλάφιση των μαστών της εγκύου, όπως επίσης και εκπαίδευση όλου του γυναικείου πληθυσμού στην αυτοεξέταση των μαστών”.**

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Complerson, M., Malignant:** Tumors in Pregnancy: Gynecologic Oncology, 1981.
- Lunch, H.T.:** DNA screening for Breast/ovarian cancer guides genetic counseling. Oncology News, March-April, 1993.
- Μανταλενάκης, Ι.Σ.:** Καρκίνος μαστού, κύηση, λοχεία, αντισυλληπτικά. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας, Θεσσαλονίκη, 1993.
- Παπανικολάου, Ν.Α.:** Μαστολογία. Θεσσαλονίκη, 1989.
- Σαλμανίδης, Α.:** Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη. Πρακτικά 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών/τών, Ναύπλιο, 1992.
- Σέκερης, Κ.Ε.:** Αναζήτηση βιολογικών παραμέτρων για την αξιολόγηση της κακοήθειας του καρκίνου του μαστού. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας, Θεσσαλονίκη, 1993.
- Τέντας, Κ., Γεννατάς, Κ.:** Χημειοθεραπεία των κακοήθων νεοπλασμάτων. Αθήνα, 1993.
- Volker, Barth:** Atlas der Brustdrüsenkrankungen. Germany, 1991.