

Τα ΝΕΑ της ΕΧΕΜ



Ελληνική Χειρουργική
Εταιρεία Μαστού
Hellenic Society of Breast Surgeons

ΤΕΥΧΟΣ 4

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2023

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος

Βασίλειος Βενιζέλος

Αντιπρόεδρος

Σοφοκλής Λανίτης

Γεν. Γραμματέας

Κορνηλία Αναστασάκου

Ταμίας

Ελευθερία Ιγνατιάδου

Μέλη

Ιωάννης Νατσιόπουλος

Θεόδωρος Κοντούλης

Βάνια Σταφυλά

Τα ΝΕΑ της
ΕΧΕΜ

Διανέμεται δωρεάν

Ιδιοκτησία

Ελληνική Χειρουργική

Εταιρεία Μαστού

Εκδότης

Β. Βενιζέλος

Υπεύθυνοι Σύνταξης

Δ. Κορωνάκης, Α. Μανίκα

Συντακτική Επιτροπή

Α. Παννοπούλου, Θ. Κοντούλης,

Σ. Λανίτης, Α. Μανίκα, Ι.

Νατσιόπουλος,

Μ. Σταθουλοπούλου,

Β. Σταφυλά,

Ε. Φαλιάκου

Χαιρετισμός προέδρου ΕΧΕΜ



Αγαπητά μέλη,
Βρισκόμαστε σχε-
δόν στο τέλος της
χρονιάς που διανύ-
ουμε και κάνοντας
τον απολογισμό
μας έχουμε να επι-

δείξουμε επιτυχημένες δράσεις και
συνέδρια της Εταιρίας μας με απο-
κορύφωμα το ομολογουμένως πολύ
επιτυχημένο 9^ο Πανελλήνιο συνέδριο
της ΕΧΕΜ που ξεπέρασε κάθε προη-
γούμενο σε συμμετοχές. Στον απόηχο
λοιπόν μιας επιτυχημένης χρονιάς,
σας αποστέλλουμε σαν «Χριστουγεν-
νιατικό δώρο» ένα ακόμα τεύχος του

ηλεκτρονικού μας περιοδικού, που
όπως πάντα περιέχει πολλά και εν-
διαφέροντα άρθρα, από αξιόλογους
συναδέλφους τους οποίους ευχαρι-
στούμε θερμά, καθώς και τους υπεύ-
θυνους σύνταξης του περιοδικού και
περιμένουμε προτάσεις και ιδέες από
τα μέλη μας ώστε να έχουμε ακόμα-
πο ενδιαφέρουσες δραστηριότητες.
Εύχομαι ολόψυχα σε όλους, Υγεία,
Αισιοδοξία και Αγάπη! Καλή κι ευλο-
γημένη Χρονιά!

Με εκτίμηση

Με εκτίμηση
Βασίλης Βενιζέλος

10^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΟΙ:
PRC
Congress & Travel
...joining to distribute knowledge

Μαυοκλαυρού 105, 11527, Αθήνα
Τηλ: +30 210 77 11 429, 1546 - +30 210 77 11 289
Email: congress2@prctravel.gr • www.prctravel.gr

Ελληνική Χειρουργική
Εταιρεία Μαστού
www.exem2000.gr

22-24 Νοεμβρίου
2024
Royal Olympic Hotel
(αίθουσα Καλλιρόν)

Προθεσμία υποβολής εργασιών: Πέμπτη 31 Οκτωβρίου 2024

Περιεχόμενα	Θέμα	Σελ.	Θέμα	Σελ.
	Χαιρετισμός των υπευθύνων Σύνταξης, Δημήτριου Κορωνάκη και Αικατερίνης Μανίκα	2	Νοσηρότητα του μείζονος θωρακικού μυός μετά από αποκατάσταση μαστού με τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ	9
	Χαιρετισμός από τον Μιχάλη Κοντό	3	Νεότερες στοχευμένες θεραπείες στον ορμονοευαίσθητο μεταστατικό καρκίνο του μαστού	15
	Πρώιμα αποτελέσματα μελέτης της νοσηρότητας του άνω άκρου μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού	5	Breaking the Bad News: ανακοινώνοντας την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας	19



Χαιρετισμός των υπευθύνων Σύνταξης, Δημήτριου Κορωνάρχη και Αικατερίνης Μανίκα



Αγαπητοί συνάδερφοι,

Σας καλωσορίζουμε στο 24^ο τεύχος του ηλεκτρονικού περιοδικού της EXEM και το 5ο κατά σειρά για το 2023. Πριν λίγες ημέρες ολοκληρώθηκαν οι εργασίες του 9ου ετήσιου Πανελλήνιου συνεδρίου της Εταιρείας μας. Όλοι οι ομι-

λητές, Έλληνες αλλά και προσκεκλημένοι από μεγάλα ιδρύματα του εξωτερικού, την Γερμανία, την Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Τουρκία, συντέλεσαν στην σημαντική απήχηση και εκτόξευσαν το ειδικό επιστημονικό βάρος του συνεδρίου, το οποίο αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Εταιρείας και έχει διαρκώς αυξανόμενη συμμετοχή.

Στην ετήσια γενική συνέλευση, παρουσιάστηκαν επίσης από το πρόεδρο κ. Βασίλη Βενιζέλο και τον αντιπρόεδρο κ. Σοφοκλή Λανίτη όλες οι επιστημονικές δράσεις της Εταιρείας για το τρέχον έτος καθώς και οι συνεργασίες με ομόλογες εταιρείες του εξωτερικού, οι οποίες διαδραστικά συμβάλλουν σημαντικά και ανεβάζουν το επίπεδο της πρακτικής μας στην Ελλάδα. Επισημάνθηκε επίσης η ανοιχτή μας πρόσκληση προς όλους τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ασχολούνται με τον καρκίνο του μαστού, στην ενεργό συμμετοχή με τη συγγραφή άρθρων στο περιοδικό της EXEM το οποίο κυκλοφορεί σε ηλεκτρονική μορφή και αποστέλλεται σε χιλιάδες αποδέκτες. Με τη συλλογική προσπάθεια όλων των μελών, η EXEM έχει καταφέρει μια δυναμική παρουσία στο χώρο της χειρουργικής και κατέχει σήμερα υψηλή και αναγνωρισμένη θέση στις εξειδικεύσεις της Γενικής Χειρουργικής, έτσι όπως ανακοινώθηκε στο ετήσιο συνέδριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας. Στο παρόν τεύχος Guest Editor είναι ο Καθηγητής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού ΕΚΠΑ κ. Μιχάλης Κοντός. Ο κ. Κοντός είναι υπεύθυνος της Μονάδας Μαστού της Α' Χειρουργικής Κλινικής ΕΚΠΑ στο Λαϊκό Νοσοκομείο, ενώ έχει διατελέσει και Αντιπρόεδρος της EXEM. Έχει συνεχή παρουσία στις επιστημονικές εκδηλώσεις της Εταιρείας, με ομιλίες που προσελκύ-

σουν πάντα το ενδιαφέρον των ακροατών. Έχει οργανώσει εκπαιδευτικά σεμινάρια πάνω στην χειρουργική και ογκοπλαστική χειρουργική του μαστού. Υπό την επίβλεψή του, επιστήμονες υγείας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην μαστολογία, έχουν εκπονήσει και εκπονούν τις διδακτορικές τους διατριβές.

Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται και τα δύο πρώτα άρθρα του τεύχους από την νοσηλεύτρια κα Αγγελική Σταμούλη και συνεργάτες, που αφορούν την νοσηρότητα και την λειτουργικότητα του άνω άκρου και του μείζονος θωρακικού μυός έπειτα από επέμβαση για καρκίνο του μαστού, είτε αυτή είναι συντηρητική είτε μαστεκτομή, με ή χωρίς αποκατάσταση. Το τεύχος αυτό περιλαμβάνει ακόμη δύο άρθρα. Το πρώτο από τον παθολόγο ογκολόγο και Διευθυντή Ογκολογικής Κλινικής στο Ιατρικό Π. Φαλήρου., κ. Σπύρο Παπανικολάου, αφορά τις νεώτερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση της ορμονοάντοχης μεταστατικής νόσου με τις καινούριες στοχευμένες θεραπείες. Το δεύτερο από την ψυχολόγο ψυχοθεραπεύτρια κα Σουζάνα Παπαφάγου η οποία μας αναλύει το πάντα επίκαιρο όπως και δύσκολο ζήτημα της ανακοίνωσης άσχημων ειδήσεων και εν προκειμένω την ανακοίνωση στις ασθενείς μιας νέας διάγνωσης καρκίνου του μαστού ή και υποτροπής νόσου.

Βρισκόμαστε πλέον λίγο πριν την νέα χρονιά. Είναι καιρός να επιβραδύνουμε λίγο τις επιστημονικές και επαγγελματικές μας υποχρεώσεις. Να κάνουμε τον απολογισμό της χρονιάς που φεύγει και να θέσουμε νέους στόχους για αυτήν που έρχεται. Μα πάνω απ' όλα να έρθουμε πιο κοντά στους αγαπημένους μας συγγενείς και φίλους που ίσως δεν προλάβουμε να δούμε όσο θα θέλαμε. Σας ευχόμαστε να περάσετε όμορφα τις γιορτινές αυτές μέρες μαζί με τις οικογένειές σας. Να έχετε χαρούμενα Χριστούγεννα και ένα ευτυχισμένο νέο έτος!



Δημήτρης Κορωνάρχης

Κατερίνα Μανίκα



Χαιρετισμός από τον Καθηγητή Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού ΕΚΠΑ κ. Μιχάλη Κοντό



Είναι ιδιαίτερα τιμητικό να παρουσιάζει κανείς την προσωπική του δουλειά μέσα από τις σελίδες των «ΝΕΩΝ ΤΗΣ ΕΧΕΜ» είτε αυτή αφορά σε ανασκόπηση βιβλιογραφίας, παρουσίαση ενδιαφέροντος άρθρου είτε ακόμα και σε πρωτότυπη εργασία. Η συγγραφή τέτοιων άρθρων δεν έχει μόνο ενημερωτικό χαρακτήρα για τους αναγνώστες, αλλά αποτελεί αρωγό στην προσπάθεια κατα-

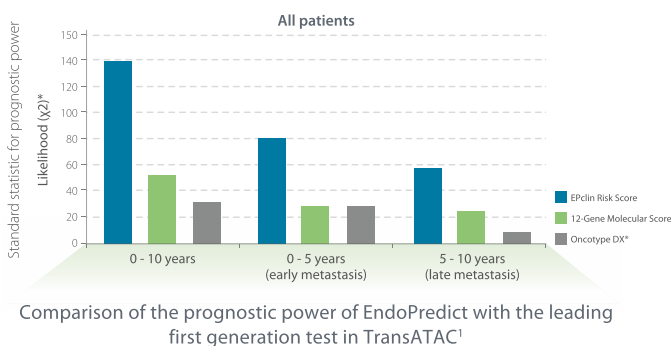
νόησης του σύγχρονου περιβάλλοντος του χώρου της χειρουργικής του μαστού και βεβαίως αποτελεί και αφορμή για προσωπική μελέτη και εξέλιξη. Μεταξύ των άλλων αξιόλογων άρθρων, σε αυτό το τεύχος θα παρουσιαστούν αποτελέσματα προερχόμενα από πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες σχετικά με την νοσηρότητα του άνω άκρου ως αποτέλεσμα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για τον καρκίνο του μαστού. Πρόκειται για θέμα λιγότερο μελετημένο, που μπορεί όμως να επηρεάζει τη ζωή των ασθενών. Ελπίζουμε δε να γίνει δεκτό με ενδιαφέρον από τους αναγνώστες και μάλιστα για το κατά πόσο ισχύει το «ωφελείν ή μη βλάπτειν» στην καθημερινή μας πρακτική.



The EndoPredict Second Generation Advantage

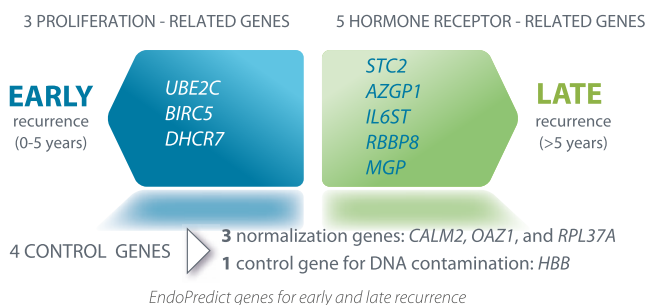
Second Generation Tests Include Clinicopathological Factors for Best Prognostic Performance

Since TAILORx² it is also known for ODx that integration of clinical factors improves prognostic accuracy.



Second Generation Tests Include Genes that Predict Both Early and Late Recurrence³

ODx gene selection and lack of clinicopathological factors lead to worse prediction of late metastasis.^{1,4}



Second Generation Tests Can be Performed in Country under Local Supervision

ODx can only be performed in a reference laboratory outside Europe without local accountability and with prolonged TAT.



You can find pathologists in your country who perform EndoPredict at Endopredict.eu

REFERENCES:

1. Buus et al, 2016, 2. Sparano et al, 2019 3. Dubsy et al, 2013 4. Sestak et al, 2018

Αποκλειστική Αντιπρόσωπος για την Ελλάδα, την Κύπρο, την Σερβία και άλλες χώρες



Gene Analysis
Πατριάρχου Γρηγορίου Ε2
56123, Θεσσαλονίκη
info@geneanalysis.eu
+30 2311 211686
www.geneanalysis.eu



Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurich
Switzerland
www.myriadgenetics.eu
www.endopredict.eu

Myriad, the Myriad logo, EndoPredict, and the EndoPredict logo are either trademarks or registered trademarks of Myriad Genetics, Inc. and its subsidiaries in the United States and other jurisdictions. ©2020 Myriad Genetics GmbH. Not for distribution in the US.



Πρώιμα αποτελέσματα μελέτης της νοσηρότητας του άνω άκρου μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού

Αγγελική Σταμούλη¹, Γεώργιος Κιρκιλέσης², Πρόδρομος Καναβίδης², Μιχάλης Κοντός³.

Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

1: Νοσηλεύτρια, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

2: Χειρουργός, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

3: Καθηγητής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή

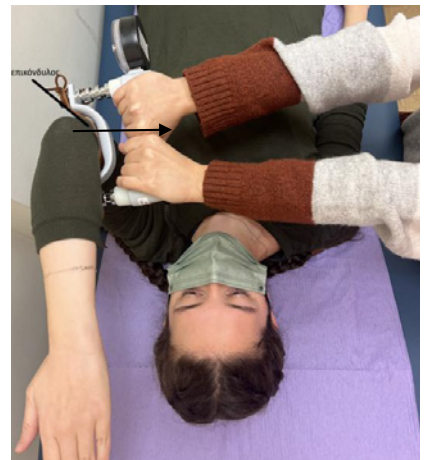
Η σύγχρονη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει ένα σύνολο θεραπευτικών χειρισμών, συνδυασμοί των οποίων χρησιμοποιούνται εξατομικευμένα για την αντιμετώπιση της κάθε περίπτωσης. Η χειρουργική θεραπεία, που περιλαμβάνει μία πλειάδα τεχνικών διατήρησης του μαστού - με την χρήση συντηρητικών εκτομών και ογκοπλαστικών τεχνικών - καθώς και τα διάφορα είδη μαστεκτομών με ή χωρίς αποκατάσταση, συνδυάζεται με χειρουργικές επεμβάσεις στη σύστοιχη μασχάλη, αλλά και με επικουρική ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, στοχεύουσες θεραπείες και ακτινοβολία. Είναι γνωστό ότι η έκταση της τοπικο-περιοχικής θεραπείας στο μαστό και τη μασχάλη είναι καθοριστική για την επακόλουθη νοσηρότητα του σύστοιχου άνω άκρου και στη βιβλιογραφία έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην επίπτωση του λεμφοιδήματος. Ένα κλινικά σημαντικό αλλά ταυτόχρονα λιγότερο διερευνηθέν ζήτημα είναι η επίπτωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην μυϊκή ισχύ του άνω άκρου, καθώς έχει δείχθει ότι οι διάφορες χειρουργικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται κατά την αποκατάσταση του μαστού αλλά και η ακτινοβολία μπορούν να επηρεάσουν την ανατομική ή λειτουργική ακεραιότητα των μυών της περιοχής. Με αυτό το άρθρο επιδιώκεται να διερευνηθεί η πιθανή νοση-

ρότητα του άνω άκρου που οφείλεται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις στον μαστό και την μασχάλη με επικέντρωση στη μυϊκή ισχύ του σύστοιχου άνω άκρου, αλλά και να καταγραφεί και η σχετική αναφερόμενη εμπειρία των ασθενών (1).

Ασθενείς και Μέθοδοι

Η μελέτη περιλαμβάνει ασθενείς άνω των 18 ετών που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους για μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού (εκτός της ορμονοθεραπείας) τουλάχιστον 3 μήνες νωρίτερα και που προσήλθαν για παρακολούθηση στην Α' Χειρουργική Κλινική του ΕΚΠΑ (Λαϊκό Νοσοκομείο), από 1/3 μέχρι 31/8/2023. Δεδομένα σχετικά με την μυϊκή ισχύ, του σύστοιχου με τον πάσχοντα μαστό άνω άκρου, συγκρίθηκαν με αντίστοιχα δεδομένα του αντίπλευρου άκρου, καθώς και με δεδομένα ασθενών που είχαν υποβληθεί σε διαφορετικές τοπικοπεριοχικές θεραπείες προκειμένου να διαπιστωθεί η σχετική νοσηρότητα. Για τις μετρήσεις χρησιμοποιήθηκαν: (α) το ερωτηματολόγιο DASH για να καταγραφεί η εμπειρία των ασθενών σχετικά με το βαθμό επιβάρυνσης του άνω άκρου και (β) ένα δυναμόμετρο χειρός (Μοντέλο: Saehan SH5001 Hydraulic Hand Dynamometer) με το οποίο μετρήθηκε η ισχύς των άνω ινών του μείζονος θωρακικού μυός κατά την πρόσθια κάμψη του ώμου

με ταυτόχρονη κάμψη του αγκώνα σε 90° (τοποθετώντας το δυναμόμετρο στον έσω επικόνδυλο του βραχιονίου οστού ασκώντας αντίσταση στην οριζόντια προσαγωγή του βραχιονίου προς τον απέναντι ώμο) (εικόνα 1) και η ισχύς των κατώτερων ινών κατά την πρόσθια κάμψη του ώμου σε 90° με τον αγκώνα σε κάμψη 90°



Εικόνα 1: Για τη μέτρηση της δύναμης των ανώτερων ινών του μείζονα θωρακικού, η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τον ώμο σε πρόσθια κάμψη 90 μοίρες και τον αγκώνα σε κάμψη 90 μοίρες. Το δυναμόμετρο, το οποίο σταθεροποιείται με τον εξεταστή σε προκαθορισμένη θέση, τοποθετείται με την υποδοχή του προσαρμοσμένη στον έσω επικόνδυλο του βραχιονίου οστού και η ασθενής ασκεί πίεση με κατεύθυνση προς τον απέναντι ώμο.



(με τοποθέτηση του δυναμόμετρου στον έσω επικόνδυλο του βραχιονίου ασκώντας αντίσταση κατά την προσαγωγή του βραχίονα λοξά προς την αντίθετη πρόσθια άνω λαγόνια ακρολοφία), τόσο του πάσχοντος άκρου όσο και του ετερόπλευρου (εικόνα 2). Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων εκφράστηκαν ως αριθμός από μία κλίμακα 0-100 και η μέτρηση του δυναμόμετρου σε κιλά (kg). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν επεξεργάστηκαν στατιστικά για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Έχει εξασφαλιστεί η προβλεπόμενη έγκριση από το επισημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Αποτελέσματα

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι από τις 75 ασθενείς που συμφώνησαν να συμμετέχουν στη μελέτη, οι 41 υποβλήθηκαν σε



Εικόνα 2: Για την μέτρηση της δύναμης των κατώτερων ινών του μείζονα θωρακικού, η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με τον ώμο σε πρόσθια κάμψη 90 μοιρών και τον αγκώνα σε κάμψη 90 μοιρών. Το δυναμόμετρο, το οποίο σταθεροποιείται με τον εξεταστή σε προκαθορισμένη θέση, τοποθετείται με την υποδοχή του προσαρμοσμένη στον έσω επικόνδυλο του βραχιονίου οστού και η ασθενής ασκεί πίεση με κατεύθυνση προς την αντίθετη πρόσθια άνω λαγόνια ακρολοφία.

ογκεκτομή, οι 11 σε μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση, οι 23 σε μαστεκτομή με αποκατάσταση, 16 ασθενείς έχουν υποβληθεί σε μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό, 44 σε βιοψία λεμφαδένα φρουρού και 15 σε στοχευμένη λεμφαδενεκτομή. Οι 55 ασθενείς ανεξαρτήτως χειρουργικής επέμβασης υποβλήθηκαν σε ακτινοβολία, ενώ οι 31 σε χημειοθεραπεία και 55 σε ορμονοθεραπεία (Πίνακας 1).

Από την ανάλυση των δεδομένων της δυναμομέτρησης προκύπτει ότι η μυϊκή ισχύς του σύστοιχου βραχίονα των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι επηρεασμένη σε σχέση με την μυϊκή ισχύ του ετερόπλευρου άκρου ($p=0,05$) (Πίνακας 2). Επίσης, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε συντηρητικές εκτομές τείνουν να έχουν καλύτερη μυϊκή ισχύ στο σύστοιχο με το χειρουργείο άκρο, σε σχέση με ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή σε μαστεκτομή και αποκατάσταση ($p=0,064$) (Πίνακας 3), ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή με αποκατάσταση φαίνεται να μην έχουν στατιστικά σημαντικά διαφορετική δύναμη στο σύστοιχο άκρο συγκριτικά με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση ($p=0,1211$).

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι η αναφερόμενη νοσηρότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική και επικουρικές θεραπείες στο μαστό και τη μασχάλη δε διαφέρει μεταξύ των υποομάδων που διερευνώνται εδώ. Έτσι, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή αναφέρουν περίπου ίδια νοσηρότητα με την αντίστοιχη των ασθενών που υποβάλλονται σε μαστεκτομή ($p=0,1964$) ή σε μαστεκτομή και αποκατάσταση ($p=0,8963$) και οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή τα ίδια αποτελέσματα με αυτές που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή με αποκατάσταση ($p=0,2064$).

Σχόλια και συμπέρασμα

Η νοσηρότητα που αποκτά το άνω

άκρο μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση κακοηθειών του μαστού, περιλαμβάνει το λεμφοίδημα, τις διαταραχές της κινητικότητας, το μετεγχειρητικό πόνο και αισθητηριακές διαταραχές και επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες της ασθενούς σε άλλοτε άλλο βαθμό (2). Οι επεμβάσεις στο μαστό, και ιδίως αυτές που περιλαμβάνουν τοποθέτηση ενθεμάτων υπό του μυός κατά την αποκατάσταση, τείνουν να επηρεάζουν τη λειτουργία του σύστοιχου μείζονος θωρακικού μυός και κατά συνέπεια την κινητικότητα του σύστοιχου άνω άκρου, καθώς συχνά προϋποθέτουν τη διατομή ομάδων μυϊκών ινών, ενώ οι παρεμβάσεις στη μασχάλη, εκτός από την κινητικότητα, τείνουν να επηρεάζουν και την λεμφαγγειακή απορροή του άνω άκρου, οδηγώντας συχνά σε αίσθημα βάρους και λεμφοίδημα. Τόσο οι παρεμβάσεις στον μαστό όσο και στην μασχάλη επηρεάζουν την αισθητικότητα του άκρου και του θωρακικού τοιχώματος ενώ παράλληλα αποτελούν τα αίτια επώδυνων συνδρόμων του άκρου ή του θωρακικού τοιχώματος (3,4). Το λεμφοίδημα αποτελεί την χαρακτηριστικότερη επιπλοκή του μασχαλιαίου λεμφαδενικού καθαρισμού, η επίπτωση του οποίου είναι σαφώς μικρότερη αλλά υπαρκτή στις συντηρητικότερες λεμφαδενεκτομές (5).

Από την παρούσα ανάλυση προκύπτει ότι η θεραπεία του μη μεταστατικού καρκίνου του μαστού συσχετίζεται με ελαττωμένη ισχύ του σύστοιχου άνω άκρου, τουλάχιστον όσον αφορά στη λειτουργία του μείζονα θωρακικού μυός. Επιπλέον, οι συντηρητικές επεμβάσεις έχουν τη μικρότερη δυσμενή επίπτωση στη μυϊκή ισχύ του σύστοιχου άνω άκρου σε σύγκριση με τις μαστεκτομές και τις μαστεκτομές με αποκατάσταση. Ωστόσο, από την ανάλυση των ερωτηματολογίων δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε συντηρητικό χειρουργείο και εκείνων που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή ή μαστεκτομή και αποκατάσταση. Η δι-



αθέσιμη βιβλιογραφία συνηγορεί ότι τουλάχιστον ορισμένες επεμβάσεις επί του μαστού, και ιδίως η αποκατάσταση με σιλικονούχα ενθέματα, συσχετίζονται με μη φυσιολογικά μικροσκοπικά και απεικονιστικά ευρήματα όσον αφορά το μείζονα θωρακικό μυ, κατάσταση που γίνεται επίσης εμφανής και στις ανάλογες δυναμομετρικές εξετάσεις. Ωστόσο φαίνεται ότι διάφοροι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί δρουν με τέτοιο τρόπο ώστε να εξαφανίζουν τις αντίστοιχες δυσμενείς επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών (6).

Τα τελικά αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναμένεται να ρίξουν περισσότερο φως στην διαφορετική επίπτωση στην νοσηρότητα του σύστοιχου άνω άκρου των διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στον μαστό και την μασχάλη κατά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Στην συνέχεια σκοπεύουμε να μελετήσουμε ξεχωριστά και σε συνδυασμό τις επιπτώσεις των επεμβάσεων στη μασχάλη και της ακτινοβολίας στην νοσηρότητα του άνω άκρου, καθώς και να αναγνωρίσουμε τους ανεξάρτητους παράγοντες που οδηγούν στην νοσηρότητα αυτή.

σεων στον μαστό και την μασχάλη κατά την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Στην συνέχεια σκοπεύουμε να μελετήσουμε ξεχωριστά και σε συνδυασμό τις επιπτώσεις των επεμβάσεων στη μασχάλη και της ακτινοβολίας στην νοσηρότητα του άνω άκρου, καθώς και να αναγνωρίσουμε τους ανεξάρτητους παράγοντες που οδηγούν στην νοσηρότητα αυτή.

Πίνακες

Πίνακας 1: πληθυσμοί των υποομάδων και το ποσοστό επί του συνόλου των ασθενών που έχουν μελετηθεί.

Είδος παρέμβασης	Αριθμός ασθενών	% επί του συνόλου ασθενών
Ογκεκτομή	41	54,7%
Μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση	11	14,7%
Μαστεκτομή με αποκατάσταση	23	30,7%
ALND	16	21,3%
SLNB	44	58,7%
TAD	15	20%
RT	55	73,3%
ΧΜΘ	31	41,3%
Ορμονοθεραπεία	55	73,3%

Πίνακας 2: αποτελέσματα δυναμομέτρησης και σύγκριση μεταξύ υγιούς άκρου και του άκρου από την πλευρά του πάσχοντος μαστού.

	Χειρουργθέν άκρο (kg)	Υγιές άκρο (kg)	P
Συντηρητική εκτομή	5,64 (0-10)	6,88 (0-12)	0,4617
Μαστεκτομή	3,18 (0-7,5)	4,07 (0-12)	0,5898
Μαστεκτομή και αποκατάσταση	5,15 (0-12)	6,1 (0-10)	0,1333
Συνολικά	4,66 (0-12)	5,68 (0-12)	0,05

Πίνακας 3: σύγκριση των αποτελεσμάτων δυναμομέτρησης του άκρου από την πλευρά του πάσχοντος μαστού σε συντηρητικές εκτομές και μαστεκτομές

Συντηρητική εκτομή (kg)	Μαστεκτομή και μαστεκτομή&αποκατάσταση (kg)	P
5,64 (0-10)	4,17 (0-12)	0,064



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mahvi DA, Liu R, Grinstaff MW, Colson YL, Raut CP. Local Cancer Recurrence: The Realities, Challenges, and Opportunities for New Therapies. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):488-505.
2. Liedtke C, Kolberg HC, Kerschke L, Görllich D, Bauerfeind I, Fehm T, Fleige B, Helms G, Lebeau A, Stäbler A, Schmatloch S, Hausschild M, Schwentner L, von Minckwitz G, Loibl S, Untch M, Kühn T. Systematic analysis of parameters predicting pathological axillary status (ypN0 vs. ypN+) in patients with breast cancer converting from cN+ to ycN0 through primary systemic therapy (PST). *Clin Exp Metastasis*. 2018 Dec;35(8):777-783.
3. Parada H, Sun X, Tse CK, Olshan AF, Troester MA. Lifestyle Patterns and Survival Following Breast Cancer in the Carolina Breast Cancer Study. *Epidemiology*. 2019 Jan;30(1):83-92.
4. White AJ, Bradshaw PT, Hamra GB. Air pollution and Breast Cancer: A Review. *Curr Epidemiol Rep*. 2018 Jun;5(2):92-100.
5. Gucalp A, Traina TA, Eisner JR, Parker JS, Selitsky SR, Park BH, Elias AD, Baskin-Bey ES, Cardoso F. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2019 Jan;173(1):37-48.
6. Pectoralis Major Muscle Morbidity After Submuscular Silicone-based Breast Reconstruction: A Systematic Review. Stamouli A, Lanitis S, Kontos M. *In Vivo*. 2023 Sep-Oct;37(5):1931-1939.



Νοσηρότητα του μείζονος θωρακικού μυός μετά από αποκατάσταση μαστού με τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ

Αγγελική Σταμούλη¹, Γεώργιος Κιρκιλέσης², Πρόδρομος Καναβίδης², Μιχάλης Κοντός³.

Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

1: Νοσηλεύτρια, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

2: Χειρουργός, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

3: Καθηγητής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού ΕΚΠΑ, Α' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή

Η μαστεκτομή συχνά αποτελεί αναπόφευκτο κομμάτι της θεραπείας του μη μεταστατικού καρκίνου του μαστού και η ευρέως διαδεδομένη αποκατάσταση με ενθέματα σιλικόνης στοχεύει στην αντιστάθμιση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων της. Η χρήση ενθεμάτων σιλικόνης ή διατατήρων ιστών για αυτόν τον σκοπό συχνά προϋποθέτει την τοποθέτησή τους εξολοκλήρου ή μερικώς κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ (ΜΘΜ) και την μερική ή πλήρη διατομή της κάτω ή/και της στερνικής μοίρας των ινών του (1,2).

Σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση, παρουσιάζουμε μια σύνοψη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις της τοποθέτησης ενθεμάτων σιλικόνης και διατατήρων ιστών κάτω από τον ΜΘΜ στη λειτουργία του μυός αυτού και κατ' επέκταση στη χρήση του σύστοιχου άνω άκρου.

Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας της βάσης δεδομένων Pubmed με χρήση ως λέξεις-κλειδιά των: weakness AND pectoralis major AND function AND reconstruction OR augmentation AND breast cancer. Η λέξη-κλειδί «augmentation» προστέθηκε στην αναζήτηση καθώς οι τεχνικές τοποθέτησης των ενθεμάτων είναι παραπλή-

σιες με αυτές που χρησιμοποιούνται και κατά την αποκατάσταση.

Αποτελέσματα

Η έρευνα της βιβλιογραφίας απέφερε συνολικά δέκα μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια (Πίνακας 1). Ο αριθμός των ασθενών σε κάθε μελέτη κυμάνθηκε από 20 έως 58. Υπήρχαν 7 προοπτικές μελέτες, εκ των οποίων 2 ήταν τυχαιοποιημένες. Από τις αναδρομικές μελέτες, τα 2/3 περιλάμβαναν ομάδα ελέγχου.

Σύμφωνα με τις χειρουργικές τεχνικές όπως περιγράφονται στα παραπάνω άρθρα, κατά την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή οι κατώτερες ίνες του ΜΘΜ συνήθως διατέμνονται περισσότερο ή λιγότερο (3,4,5,6,7). Σε κάποιες περιπτώσεις, το κάτω άκρο του ενθέματος τοποθετείται υποδόρια ή καλύπτεται με ακυτταρική μεμβράνη (ADM) (3,5). Κατά τη διαδικασία της αυξητικής μαστού οι ίνες του ΜΘΜ συχνά διατέμνονται επίσης (8) και τα ενθέματα τοποθετούνται είτε έτσι ώστε ο άνω πόλος να βρίσκεται κάτω από τον ΜΘΜ και ο κάτω πόλος αμέσως κάτω από τον μαζικό αδένα (8,9), είτε εξολοκλήρου υπομυϊκά (10,11). Και στις δύο περιπτώσεις ο διαχωρισμός κάποιων μυϊκών ινών είναι αναπόφευκτος.

Κανένας από τους ασθενείς των προαναφερθέντων μελετών δεν υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία.

Για την αξιολόγηση της νοσηρότητας του μείζονα θωρακικού μυός (PM), χρησιμοποιήθηκαν τα εξής (Πίνακας 1):

- Ερωτηματολόγια που αναφέρονται την κατάσταση του βραχίονα, όπως την αντιλαμβάνεται η ίδια η ασθενής (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), Quick DASH και Breast-Q) (12,13)
- Ανάλυση της εύρους κίνησης του ώμου με 3D βίντεο
- Ισομετρική ή ισοκίνητική δυναμομέτρηση
- Υπερηχογραφία με ελαστογραφία των διαφορετικών μοιρών του ΜΘΜ
- Μέτρηση της πυκνότητας των ινών του ΜΘΜ με μαγνητική τομογραφία
- Ηλεκτρομυογραφία και
- Οπτική και ηλεκτρονική μικροσκόπηση των ινών του ΜΘΜ.

Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με διαφορετικές και συχνά πολλαπλές μεθόδους.

Δυναμομέτρηση: Οι ασθενείς στις οποίες τοποθετήθηκαν ενθέματα παρουσίασαν ασθενέστερη ισχύ κατά την προσαγωγή του βραχίονα, την κάμψη προς τα πίσω, την έσω στροφή και μικρότερη ικανότητα ακινητοποίησης του ώμου τόσο μεταξύ της προεγχειρητικής και της μετεγχειρητικής περιόδου, όσο και μεταξύ του χειρουργημένου και του υγιούς άνω



άκρου (4,5,6,9,14). Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι η ελάττωση αυτή της ισχύος αμβλύνεται με την πάροδο του χρόνου με αποτέλεσμα σε μερικές εβδομάδες ή μήνες από την επέμβαση να επανέλθει στο 70-80% της αρχικής (3,12). Υπάρχουν βεβαίως και οι αναφορές που δεν ανιχνεύουν σημαντική διαφορά στην ισχύ του ΜΘΜ μετεγχειρητικά (11).

Μαγνητική τομογραφία: Η απεικόνιση του ΜΘΜ με μαγνητική τομογραφία ανέδειξε την ελάττωση του μυϊκού όγκου τόσο μεταξύ της προ- και της μετεγχειρητικής περιόδου, όσο και μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων.

Ηλεκτρομυογράφημα: Το μετεγχειρητικό ηλεκτρομυογράφημα κατέδειξε μεταβολές στην κλειδική μοίρα του ΜΘΜ συμβατές με αντιρροπιστική δράση του τμήματος αυτού του μυός (6).

Ελαστογραφία: Οι ελαστογραφικές μετρήσεις της κλειδικής μοίρας του ΜΘΜ συνηγορούν στο ότι η δύναμη αλλά και η χρήση της μοίρας

αυτής είναι διαφορετική από την προεγχειρητική περίοδο καθώς και σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες (4).

Μικροσκοπήση: Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο γίνονται ορατές οι αλλοιώσεις των μυϊκών ινών μετά την διάταση των διατατήρων πιθανότατα ως αποτέλεσμα ισχαιμίας αλλά και η εστιακή αποδιοργάνωση και εκφύλισή τους (7).

Τρισδιάστατη βιντεοσκόπηση για ανάλυση του εύρους κίνησης: Στην εξέταση αυτή δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ προ- και μετεγχειρητικής περιόδου (6).

Ερωτηματολόγια: Οι ασθενείς αναφέρουν μειωμένη απόδοση στις ασκήσεις στις οποίες συμμετέχει ο ΜΘΜ και μακρύτερη περίοδο ανάρρωσης όταν τα ενθέματα τοποθετούνται υπομυϊκά (10). Τα ερωτηματολόγια DASH, Quick DASH και Breast-Q αποφέρουν χειρότερες επιδόσεις κατά τη μετεγχειρητική περίοδο σε σχέση με την προεγχειρητική, φαίνεται όμως ότι αυτή η διαφορά δεν έχει πρακτικές επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες (3,6,10).

νές δραστηριότητες (3,6,10).

Συμπέρασμα:

Η τοποθέτηση ενθεμάτων κάτω από τον Μείζονα Θωρακικό μυ, ως μέρος της αποκατάστασης ή της αυξητικής του μαστού, ειδικά όταν συνδυάζεται με την διατομή ορισμένων ινών του, φαίνεται να έχει μετρήσιμες επιπτώσεις στον μυ και, κατά συνέπεια, στο άνω άκρο. Ωστόσο, παρά τις ανωμαλίες που εντοπίζονται μικροσκοπικά, απεικονιστικά και δυναμομετρικά, το ανέπαφο τμήμα του μείζονα θωρακικού μυός και, πιθανώς, άλλες γειτονικές μυϊκές ομάδες είναι σε θέση να προσαρμόσουν τη λειτουργία τους και, εν τέλει, να αντισταθμίσουν την μειωμένη λειτουργικότητα του, προϊόντος του χρόνου. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αποκατάσταση του μαστού με ενθέματα σιλικόνης που τοποθετούνται πλήρως ή μερικώς κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ δεν έχει καμία ή έχει ελάχιστη ανιχνεύσιμη επίδραση στη λειτουργία του άνω άκρου στην καθημερινή ζωή.

Πίνακας 1: Νοσηρότητα του ΜΘΜ μετά από αποκατάσταση με σιλικονούχα ενθέματα ή αυξητική μαστών

Μελέτη	Πληθυσμός	Ευρήματα
Patel, 2019 (3)	18 γυναίκες με 26 άμεσες αποκαταστάσεις με διατατήρα ιστών και ADM	Δυναμομέτρηση: στον πρώτο μήνα σημαντική μείωση της δύναμης του ΜΘΜ. Κατά την τελική μέτρηση 24 αποκαταστάσεις (92.3%) ανέκαμψαν μέχρι τουλάχιστον το 80% της προεγχειρητικής τους δύναμης. Quick DASH: οι επιδόσεις επιδεινώθηκαν από 4,1 σε 18,7 Breast-Q: η ενότητα «θώρακας» επιδεινώθηκε μετεγχειρητικά
Leonardis, 2019 (4)	14 ασθενείς με αποκατάσταση δύο σταδίων και διατομή των στερνικών προσφύσεων του ΜΘΜ και 14 υγιείς μάρτυρες	Δυναμομέτρηση: αδυναμία του ΜΘΜ σε συγκεκριμένες κινήσεις στην ομάδα με την αποκατάσταση. Ελαστογραφία: μεταβολές στα ευρήματα που αφορούν την κλειδική μοίρα του ΜΘΜ σε συγκεκριμένες κινήσεις.
de Haan, 2007 (5)	10 ασθενείς με άμεση αποκατάσταση με τοποθέτηση του άνω πόλου του ενθέματος υπομυϊκά και του κάτω υποδόρια με διατομή των κατώτερων και στερνικών καταφύσεων του ΜΘΜ Και 18 υγιείς μάρτυρες	Δυναμομέτρηση: η ροπή δύναμης από τη μη χειρουργημένη πλευρά ήταν 20.1% υψηλότερη. 6 από 10 ασθενείς ανέφεραν άβολη αίσθηση όταν χρησιμοποίησαν τον ΜΘΜ κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας

**Πίνακας 1 (συνέχεια):** Νοσηρότητα του ΜΘΜ μετά από αποκατάσταση με σιλικονούχα ενθέματα ή αυξητική μαστών

Μελέτη	Πληθυσμός	Ευρήματα
Hage, 2014 (6)	16 από 22 ασθενείς ή 30 αποκαταστάσεις με μετεγχειρητική παρακολούθηση μετά από αμφοτερόπλευρη άμεση αποκατάσταση ενός σταδίου και διατομή των έσω και κάτω ινών του ΜΘΜ	DASH: Επιδείνωση στην επίδοση αλλά η διαφορά δεν επηρέαζε τις καθημερινές δραστηριότητες 3D βίντεο ανάλυση: χωρίς μεταβολές στο εύρος κίνησης Δυναμομέτρηση: η μέση μετεγχειρητική μέγιστη δύναμη ήταν 3.8%, χαμηλότερη από την προεγχειρητική. Ηλεκτρομυογράφημα: η κλειδική μοίρα του ΜΘΜ είχε ευρήματα ενδεικτικά της ανάληψης δράσης αντιρρόπησης από αυτό το τμήμα του μυός.
Beals, 2003 (14)	20 γυναίκες με αυξητική μαστών με υπομυϊκά τοποθέτηση των ενθεμάτων με διατομή των κάτω και έσω ινών του ΜΘΜ	Δυναμομέτρηση: σημαντική μείωση της δύναμης τη δεύτερη μετεγχειρητική εβδομάδα. Ωστόσο, όσον αφορά την έσω στροφή, 50% των γυναικών ανέκαμψαν στο τουλάχιστον 75% της προεγχειρητικής κατάστασης στις 2 εβδομάδες και στο 85% στις 6 εβδομάδες. Όσον αφορά της κατώτερες ίνες του ΜΘΜ 40% των γυναικών ανέκαμψαν στο τουλάχιστον 75% της προεγχειρητικής κατάστασης στις 2 εβδομάδες και στις 6 εβδομάδες στο 70%.
Gur, 1998 (7)	12 γυναίκες με 20 αποκαταστάσεις με υπομυϊκά τοποθετημένους διατατήρες ιστών και κάποιου βαθμού διατομή των ινών του ΜΘΜ	Μικροσκόπηση: ο ιστός μετά τη διάταση του διατατήρα ήταν σημαντικά αλλαγμένος και ήταν ορατές περιοχές με αποδιοργάνωση και εκφύλιση των ινών πιθανότατα ως αποτέλεσμα της υποξίας.
Roxo, 2017 (9)	20 γυναίκες με αυξητική μαστών και τοποθέτηση των ενθεμάτων μερικώς υπομυϊκά (dual plane) και 10 υγιείς μάρτυρες	MRI: σημαντική ελάττωση του μυϊκού όγκου (46.38% και 49.80% στους 6 και στους 12 μήνες αντίστοιχα σε σχέση με τον προεγχειρητικό). Δυναμομέτρηση: μείωση της ροπής δύναμης του ΜΘΜ κατά την προσαγωγή σε σχέση με την προεγχειρητική και την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο (προεγχειρητική έναντι 12 μηνών: 28,8 to 24,5 Nm και 3 μήνες έναντι 12 μηνών: 26,5 to 24,5 Nm). Επίσης σημαντική διαφορά στη μεταβολή της μυϊκής δύναμη κατά την προσαγωγή στους 12 μήνες σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες (-4,75 vs 2,83 Nm).
Roxo, 2016 (8)	Αυξητική μαστών: 24 γυναίκες με υπομαζική τοποθέτηση, 24 γυναίκες με υπομυϊκή τοποθέτηση (dual plane) και 10 υγιείς μάρτυρες	MRI: Η υπομυϊκή τοποθέτηση προκάλεσε ατροφία του ΜΘΜ σε σχέση με την προεγχειρητική περίοδο: 46.38% και 49.80% στους 6 και 12 μήνες αντίστοιχα.
Sarbak, 2004 (10)	Αυξητική μαστών: 13 γυναίκες με υπομαζική τοποθέτηση και 7 γυναίκες με υπομυϊκή τοποθέτηση	Ερωτηματολόγιο: ελαττωμένη απόδοση σε γυμναστικές ασκήσεις που εξαρτώνται από το ΜΘΜ και μακρύτερη περίοδο ανάρρωσης για την επιστροφή στις συνήθεις ασκήσεις (7,2 έναντι 3,8 εβδομάδων) όταν τα ενθέματα τοποθετούνται υπομυϊκά.
Banbury, 2004 (11)	47 γυναίκες με αμφοτερόπλευρη αυξητική μαστών με υπομυϊκή τοποθέτηση των ενθεμάτων	Δυναμομέτρηση: χωρίς σημαντικά ευρήματα



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thompson K, Kwon Y, Flatow E, et al . Everything pectoralis major: from repair to transfer. *Phys Sportsmed*. 2020;48(1):33-45. Epub 2019 Jul 23. doi:10.1080/00913847.2019.1637301.
2. Butt U, Mehta S, Funk L, Monga P. Pectoralis major ruptures: a review of current management. *J Shoulder Elbow Surg*. 2015 Apr;24(4):655-62. doi: 10.1016/j.jse.2014.10.024. Epub 2015 Jan 1.
3. Patel AU, Day SJ, Pencek M et al. Functional return after implant-based breast reconstruction: A prospective study of objective and patient-reported outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2020 May;73(5):850-855. doi: 10.1016/j.bjps.2019.11.038. Epub 2019 Dec 11.
4. Leonardis JM, Lyons DA, Giladi AM et al. Functional Integrity of the Shoulder Joint and Pectoralis Major Following Subpectoral Implant Breast Reconstruction. *J Orthop Res*. 2019;37(7):1610-1619. DOI 10.1002/jor.24257
5. De Haan A, Toor A, Hage JJ et al. Function of the pectoralis major muscle after combined skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction by subpectoral implantation of a prosthesis. *Ann Plast Surg*. 2007 Dec;59(6):605-10. doi: 10.1097/SAP.0b013e31803429dd.
6. Hage JJ, Van der Heeden JF, Lankhorst KM et al. Impact of combined skin sparing mastectomy and immediate subpectoral prosthetic reconstruction on the pectoralis major muscle function: a preoperative and postoperative comparative study. *Ann Plast Surg*. 2014;72(6):631-7. doi: 10.1097/SAP.0b013e318269e4ee.
7. Gur E, Hanna W, Andrighetti L, Semple JL. Light and Electron Microscopic Evaluation of the Pectoralis Major Muscle Following Tissue Expansion for Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1998;102(4):1046-1051. doi:10.1097/00006534-199809040-00019.
8. Roxo AC, Nahas FX, Salin R et al. Volumetric Evaluation of the Mammary Gland and Pectoralis Major Muscle following Subglandular and Submuscular Breast Augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Jan;137(1):62-69. doi: 10.1097/PRS.0000000000001874.
9. Roxo AC, Nahas FX, Pinheiro Rodrigues NC et al. Functional and Volumetric Analysis of the Pectoralis Major Muscle After Submuscular Breast Augmentation. *Aesthet Surg J*. 2017 Jun 1;37(6):654-661. doi: 10.1093/asj/sjw239.
10. Sarbak JM, Baker JL Jr. Effects of Breast Augmentation on Pectoralis Major Muscle Function in the Athletic Woman. *Aesthet Surg. J* 2004;24(3):224-228 doi.org/10.1016/j.asj.2004.02.005.
11. Banbury J, Yetman R, Lucas A et al.. Prospective Analysis of the Outcome of Subpectoral Breast Augmentation: Sensory Changes, Muscle Function and Body Image. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(2):701-7; discussion 708-711.
12. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med*. 1996 Jun;29(6):602-8. doi: 10.1002/(SICI)1097-0274(199606)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L.
13. Angst F, Schwyzer HK, Aeschlimann A, et al .Measures of adult shoulder function: Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH) and its short version (QuickDASH), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Society standardized shoulder assessment form, Constant (Murley) Score (CS), Simple Shoulder Test (SST), Oxford Shoulder Score (OSS), Shoulder Disability Questionnaire (SDQ), and Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Nov;63 Suppl 11:S174-88. doi: 10.1002/acr.20630
14. Beals SP, Golden KA, Basten M, Kelly KM. Strength performance of the pectoralis major muscle after subpectoral breast augmentation surgery. *Aesthet Surg J*. 2003 Mar;23(2):92-7. doi: 10.1067/maj.2003.24.

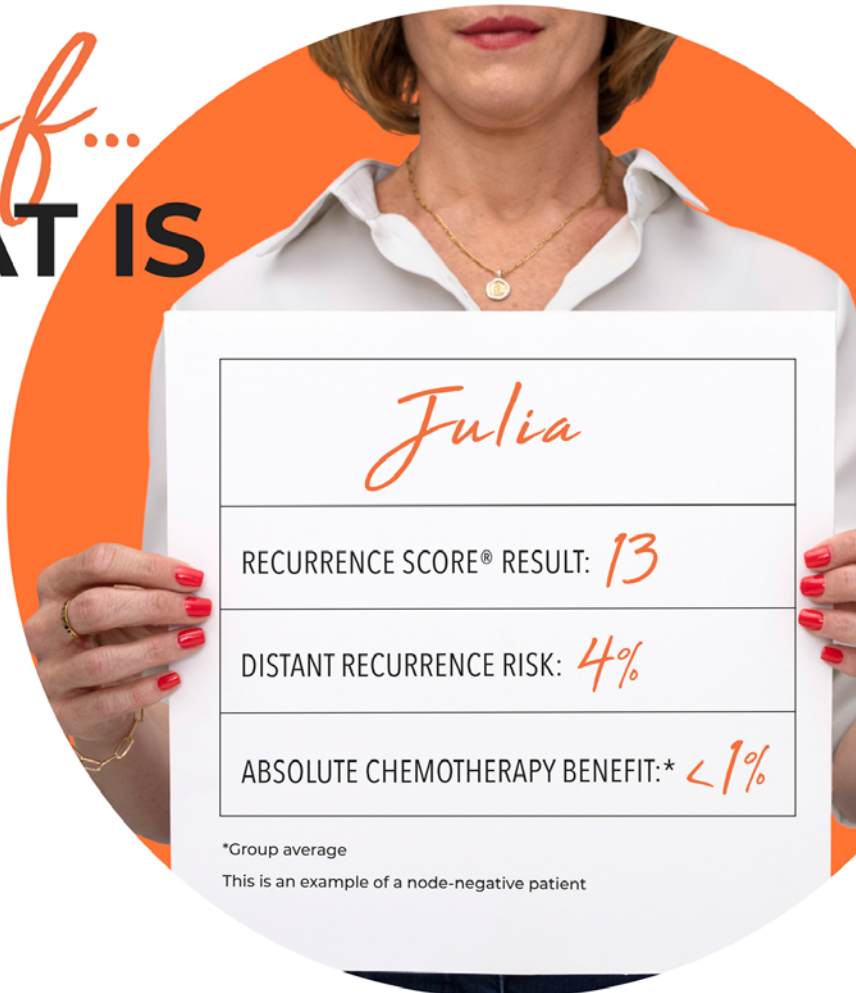
**oncotype dx[®]**

Breast Recurrence Score

FOR YOUR PATIENTS WITH EARLY-STAGE HR+, HER2- BREAST CANCER

TURN
what if...
INTO
WHAT IS

Stop wondering
“**what if**” and
find out
“**what is**” by
understanding your
patient’s individual
tumour biology, and
move forward with
confidence in their
treatment plan¹



*Group average

This is an example of a node-negative patient

**Personalise each
chemotherapy
decision²⁻¹⁰**

Visit
oncotypeiq.com

**Only the Oncotype DX Breast Recurrence
Score[®] test can predict the magnitude of
chemotherapy benefit^{2,3}**



Genekor
Committed to Biotechnological Innovation

HER2, human epidermal growth factor receptor 2 negative; HR+, hormone receptor positive.

References:

1. Licata et al. *NPJ Breast Cancer*. 2023. **2**. Paik et al. *J Clin Oncol*. 2006. **3**. Albain et al. *Lancet Oncol*. 2010. **4**. Paik et al. *N Engl J Med*. 2004. **5**. Dowsett et al. *J Clin Oncol*. 2010. **6**. Kalinsky et al. *NEJM*. 2021
7. Geyer et al. *NPJ Breast Cancer*. 2018. **8**. Sparano et al. *N Engl J Med*. 2018. **9**. Sparano et al. *N Engl J Med*. 2019. **10**. Sparano et al. Abstract GSI-05, SABCS. 2022.

Oncotype DX Breast Recurrence Score, and Recurrence Score are registered trademarks of Genomic Health, Inc.
Exact Sciences is a registered trademark of Exact Sciences Corporation.
© 2023 Genomic Health, Inc. All rights reserved. EXS14224_0823_EN_INT

**EXACT
SCIENCES**



Νεότερες στοχευμένες θεραπείες στον ορμονοευαίσθητο μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

Παπανικολάου Σπύρος

Ογκολόγος Παθολόγος

Δ/ντής Ογκολογικής Κλινικής Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου

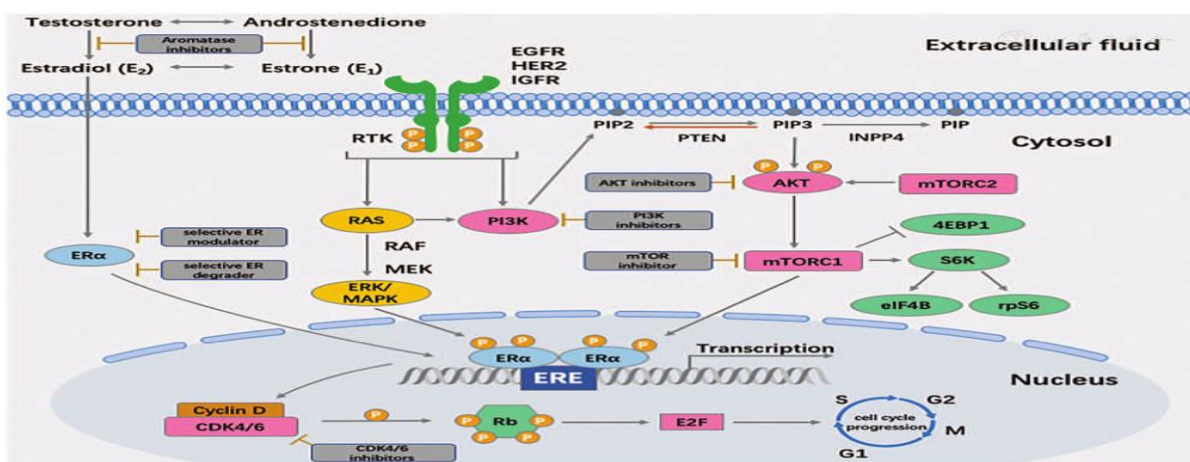
Επιστημονικός συνεργάτης Β' Κλινικής Μαστού Ιασώ

Επιστημονικός συνεργάτης PEA

Οι θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού έχουν εξελιχθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια από την εποχή της χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας στην εποχή της μοριακά στοχευμένης θεραπείας και της ανοσοθεραπείας. Η πιο συχνή κακοήθεια του μαστού από άποψη ανοσοϊστοχημείας είναι ο ορμονοευαίσθητος, κα αρνητικός για τον her2 υποδοχέα, καρκίνος (περίπου το 70% των κακοηθειών). Οι ασθενείς με αυτόν τον τύπο της κακοήθειας είχαν εξαιρετικές ανταποκρίσεις με την χορήγηση ορμονοθεραπείας όπως και οι

ασθενείς με μεταστατική νόσο είχαν την μακρότερη επιβίωση με την αλληλουχία χορήγησης χημειοθεραπείας, ορμονοθεραπείας. Κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου αυτοί οι ασθενείς αποκτούσαν ορμονοάντοχη νόσο η οποία αντιμετωπιζόταν μόνο με χημειοθεραπεία. Τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια η έρευνα έχει εντοπίσει τα ενδοκυττάρια μονοπάτια που ευθύνονται για την ορμονοαντοχή του καρκινικού κυττάρου και έχει αναπτύξει φάρμακα που παρακάμπτουν αυτήν την αντοχή και επαναφέρουν την ορμονοευαίσθησία στο κύτταρο.

Το δύο κύρια ενδοκυττάρια αυτά μονοπάτια είναι το PI3k-AKT-mTOR και το CDK (cyclin dependent kinase 2/7) για τα οποία έχουν αναπτυχθεί μοριακά στοχευμένα φάρμακα τα οποία επεμβαίνουν στα συγκεκριμένα μονοπάτια και αντιστρέφουν την ορμονοαντοχή. Αυτά τα μονοπάτια ουσιαστικά είναι ενδοκυττάρια και αλληλοεπιδρούν με τους ορμονικούς υποδοχείς που βρίσκονται στην μεμβράνη του καρκινικού κυττάρου και ευθύνονται για τον πολλαπλασιασμό του.



Hormonal pathways of cell proliferation-differentiation Andrea Luque-Bolivar, et al. Breast Cancer (Dove Med Press). 2020; 12: 211–229. Resistance and Overcoming Resistance in Breast Cancer

Το πρώτο μοριακό φάρμακο που εγκρίθηκε για την ορμονοάντοχη νόσο ήταν το affinitor (Everolimus) το οποίο είναι ένα χάπι το οποίο δρά στον ενδοκυττάριο μονοπάτι του

M-TOR αναστολέα (mamalian target of rapamycin) το οποίο έχει άμεση σύνδεση με τον διαμεμβρανικό οιστρογονικό υποδοχέα. Η έγκριση δόθηκε το 2014 μέσω της μελέτης

Bolero 2 (1) η οποία τυχαιοποίησε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς μετά από πρόοδο νόσου από επικορική ή θεραπεία πρώτης γραμμής (λετροζόλη ή αναστροζόλη) να



λάβουν Everolimus+exemestane vs Placebo+exemestane. Το συγκεκριμένο φάρμακο είχε δοκιμαστεί πρώτα σε μικρές μελέτες στην νεοπεπικουρική θεραπεία, η οποία ως γνωστόν είναι ιδανική γιατί μπορούμε να έχουμε άμεσα απτά αποτελέσματα σχετικά με την δραστικότητα της θεραπείας. Η μελέτη ανέδειξε μία αύξηση της ανταπόκρισης (σε υπερηχογραφικό έλεγχο) από 59% σε 68% και μία μείωση του κυτταρικού πολλαπλασιασμού (Ki67<1%) από 30% σε 57% των ασθενών, δείχνοντας μία επαυξημένη δραστηριότητα του everolimus σε συνδυασμό με εξεμεστάνη. Ενώ στην αρχή τα νέα ήταν ενθαρρυντικά με αύξηση της επιβίωσης ελεύθερης νόσου (PFS 3,2 μήνες για EXEMESTANE+PLACEBO vs 7,8μ για EVE+EXEMESTANE) η συνολική επιβίωση δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση (OS 31 EXE+EVE vs 26,6 EVE+PLA). Υπάρχουν αρκετά σημεία κριτικής της μελέτης διότι μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που πήρε EVE+PLA έλαβε χημειοθεραπεία ακολούθως, περίπου το 10%, το οποίο πιθανώς να αλλοίωσε εν μέρη τα καταληκτικά σημεία της μελέτης. Σίγουρα υπήρξε αύξηση της μέσης επιβίωσης και στην καθ' ημέρα κλινική πράξη έχουμε δει ασθενείς να πάνε εξαιρετικά με τον συνδυασμό.

Ακολούθως ξεκίνησε η εποχή των CDK4/6 inhibitors μίας άλλης κατηγορίας φαρμάκων που δρουν στο ενδοκυττάριο μονοπάτι της ορμονοαντοχής του καρκινικού κυττάρου χωρίς να υπάρχει ανάγκη μοριακού ελέγχου του καρκινικού κυττάρου, με το πρώτο σκεύασμα που πήρε άδεια κυκλοφορίας για την μεταστατική νόσο να είναι το palbociclib με την μελέτη PALOMA 2(1) που αφορούσε συνδυασμό του palbociclib με φουλβεστράνη σε θεραπεία σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες δεν είχαν λάβει ορμονοθεραπεία ή δεν είχαν ορμονοαντοχή. Η Paloma 2 ανέδειξε μία αύξηση της επιβίωσης από 44,6 μήνες σε 51,6 μήνες. Ακολούθως διενεργήθη η διπλή τυχαιοποιημένη μελέτη Paloma 3 (2) η οποία τυχαιοποίησε

ασθενείς (προ-περι-μετεμμηνοπαυσιακές) υπό θεραπεία για προχωρημένη νόσο, οι οποίες είχαν λάβει μία γραμμή ή δεν είχαν λάβει χημειοθεραπεία για προχωρημένη νόσο, να λάβουν Palbociclib+fulvestrant vs Placebo+fulvestrant. Η συγκεκριμένη μελέτη ανέδειξε μία σημαντική αύξηση της επιβίωσης ελεύθερης νόσου (9,6months PAL+FUL vs 4,6months PLACEBO+FUL) αλλά μία οριακά στατιστικά σημαντική αύξηση της συνολικής επιβίωσης (34,9m PAL+FUL vs 28m PLA+FUL). Στην μελέτη αυτή έγινε μία υποκατηγοριοποίηση των ασθενών σε προ και μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, με ESR1 μετάλλαξη ή PI3k μετάλλαξη και εγγενή ορμονοαντοχή (ορμονοαντοχή η οποία εμφανίζεται σε προηγούμενο σκεύασμα σε σύντομο χρονικό διάστημα κάτω των 6 μηνών θεραπείας για μεταστατική νόσο ή σε διάστημα μικρότερο των δύο ετών σε επικουρική θεραπεία). Οι ασθενείς με εγγενή ορμονοαντοχή είχαν μία μικρότερη μέση επιβίωση σε σχέση με τις ορμονοευαίσθητες ασθενείς (29,7μήνες vs 39,7μήνες). Στις ασθενείς με μετάλλαξη του PI3k η προσθήκη του palbociclib δεν φάνηκε να έχει καμία επίπτωση στην μέση επιβίωση εν αντιθέσει με τις ασθενείς με μετάλλαξη του ESR1 στις οποίες φάνηκε μια διαφορά της τάξεως των έντεκα μηνών στην αύξηση της μέσης επιβίωσης. Στο όφελος στην επιβίωση στις ασθενείς με μεταλλαγμένο το ESR1, βασίσθηκε και η μετέπειτα έγκριση του elacestrant, του από του στόματος ανάλογου της φουλβεστράνης. Τέλος η συνολική επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στις ασθενείς χωρίς σπλαγχνική νόσο με την προσθήκη του palbociclib (46,9m PAL+FUL vs 35,4 PLA+FUL) ενώ στις ασθενείς με σπλαγχνική νόσο δεν υπήρχε βελτίωση της συνολικής επιβίωσης (27,6m PAL+FUL vs 24,9m PLA+FUL). Οι μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς είχαν όφελος από την προσθήκη του palbociclib (34,8m PAL+FUL vs 27,1m PLA+FUL) έναντι των προεμμηνοπαυσιακών ασθενών (38m PAL+FUL vs 38m PLA+FUL). Η μελέτη αυτή ανέδειξε την διαφορο-

ποίηση των ασθενών με βάση συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία είναι χρήσιμα για την λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Ακολούθησαν οι Paloma 3 και 4 οι οποίες ανέδειξαν το όφελος με την προσθήκη του palbociclib.

Ακολούθως έλαβε έγκριση ο δεύτερος cdk4/6 αναστολέας το Kisqali (ribociclib) με την αρχική μελέτη Monaleesa 2 (3) οποία ήταν μία μελέτη φάσης τρία σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς που δεν είχαν λάβει προηγούμενη θεραπεία για προχωρημένη νόσο. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ribociclib+λετροζόλη ή placebo+λετροζόλη. Το όφελος στην συνολική επιβίωση ήταν σημαντικό με 63,9 μήνες συνολική επιβίωση στο σκέλος ribociclib+λετροζόλη vs 51,4 μήνες στο σκέλος placebo+ λετροζόλη. Η δεύτερη μελέτη Monaleesa 3 (4) ήταν σε μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και άνδρες οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν ribociclib+fulvestrant (RIBOCIC+FUL) vs placebo+fulvestrant (PLA+FUL). Στην μελέτη αυτή επιτρεπόταν οι ασθενείς να έχουν λάβει μία γραμμή ορμονοθεραπείας για προχωρημένη νόσο εν αντιθέσει με την monaleesa 2 και ανέδειξε και αυτή μία στατιστικά σημαντική αύξηση της επιβίωσης από 51,8 σε 67,6 μήνες (PLA+FUL vs RIBOC+FUL). Η τελευταία μελέτη Monaleesa 4 ήταν σε προεμμηνο-περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες οι οποίες τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν goserelin-Non Steroid AI (NSAI) ή tamoxifene+ribociclib vs placebo+goserelin-NSAI ή tamoxifene. Και σε αυτή την μελέτη οι ασθενείς μπορούσαν να έχουν λάβει μίας γραμμής ορμονοθεραπείας για προχωρημένη νόσο. Η μελέτη ανέδειξε σημαντικό όφελος στην επιβίωση με αύξηση της μέσης επιβίωσης από 46,0 σε 70,2 μήνες (PLA+ορμονοθεραπεία vs RIBOC+ορμονοθεραπεία). Στην υποανάλυση της συγκεκριμένης μελέτης ανεδείχθησαν κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία. Οι ασθενείς με οστική νόσο δεν



ωφελήθηκαν από την προσθήκη του ribociclib, όπως και οι ασθενείς οι οποίες είχαν ολοκληρώσει την ορμονοθεραπεία πάνω από ένα έτος δεν ωφελήθηκαν με την προσθήκη του ribociclib. Αυτές οι υποκατηγορίες ίσως μας υποδηλώνουν ότι παρ' όλο που οι cdk 4/6 αναστολείς είναι φάρμακα που ωφελούν τους ασθενείς μας πρέπει να σκεφτόμαστε τα πιθανά οφέλη – παρενέργειες από κάθε φάρμακο.

Ο επόμενος CDK 4/6 αναστολέας που πήρε έγκριση ήταν το Verzenio (Abemaciclib) με τη μελέτη Monarch 3 (6) η οποία τυχαιοποίησε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με μεταστατική ή με τοπική υποτροπή της νόσου σε Abemaciclib+letrozole ή anastrozole vs Placebo+letrozole ή anastrozole με την ορμονοθεραπεία να έχει ολοκληρωθεί σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του έτους (επικουρικά ή νεοεπικουρικά). Η μελέτη αυτή ανέδειξε σημαντικό στατιστικά όφελος στην επιβίωση με 66,8 μήνες στο σκέλος με το Abemaciclib vs 53,7 μήνες με εικονικό φάρμακο. Το verzenio επίσης είναι ο μόνος αναστολέας του μονοπατιού CDK4/6 μέσω της μελέτης MonarchE που έχει λάβει έγκριση για την επικουρική θεραπεία ασθενών με υψηλό κίνδυνο υποτροπής μετά την αφαίρεση της τοπικοπεριοχικής νόσου στον μαστό και στους λεμφαδένες.

Ακολούθως έλαβε έγκριση άλλο ένα μοριακά στοχευμένο φάρμακο το Piqray το οποίο είναι ένας αναστολέας του μονοπατιού PI3k-AKT-MTOR και χρειάζεται οι ασθενείς να έχουν μία συγκεκριμένη μετάλλαξη (περίπου 40% των ασθενών) στο γονίδιο PIK3CA για να έχει το σκεύασμα δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σκεύασμα έλαβε έγκριση μέσω της μελέτης

BYlieve (7) η οποία είχε τρία σκέλη με γυναίκες προ-μετεμμηνοπαυσιακές και άνδρες με μετάλλαξη του PIK3CA οι οποίοι μπορούσαν να έχουν λάβει χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και CDK4/6 αναστολέα πριν (Πρώτο σκέλος ασθενείς που είχαν λάβει CDK4/6+Αναστολέα αρωματάσης, δεύτερο σκέλος CDK4/6+fulvestrant και τρίτο σκέλος χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία). Η δραστηριότητα του φαρμάκου φαίνεται και στα τρία σκέλη της μελέτης με επιβίωση 27,3 μήνες στο πρώτο σκέλος, 29 μήνες στο δεύτερο και 20,7 μήνες στο τρίτο. Το συγκεκριμένο σκεύασμα έχει και διαφορετική τοξικότητα από τα CDK4/6 αναστολείς με τις κυριότερες παρενέργειες να είναι υπεργλυκαιμία, διαταραχές όρεξης, ναυτία και έμετος.

Το τελευταίο φαρμακευτικό σκεύασμα που έλαβε έγκριση για την μεταστατική νόσο είναι το Orserdu (elacestrant) το οποίο όμως δεν είναι μία μοριακά στοχευμένη θεραπεία αλλά ένας εκλεκτικός παράγοντας μείωσης των οιστρογονικών υποδοχέων, καθαρό αντιοιστρογόνο (Selective Estrogen Receptor Degradator) όπως η φουλβεστράντη μόνο που αντί να είναι ενέσιμος είναι από το στόματος. Η μελέτη που οδήγησε στην έγκριση του φαρμάκου ήταν η Emerald (8) η οποία τυχαιοποίησε ασθενείς με προχωρημένη/μεταστατική νόσο, οι οποίοι υποτροπίασαν ή εμφάνισαν πρόοδο νόσου μετά από 1-2 γραμμές θεραπείας να λάβουν elacestrant ή μία άλλη ορμονοθεραπεία (Standard Of Care-SOC). Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι πολύ καλά αυξάνοντας την επιβίωση ελεύθερης νόσου σε 22,3 μήνες στους ασθενείς που έλαβαν elacestrant vs 10,0 μήνες στους ασθενείς που έλαβαν SOC. Ιδίως στους ασθενείς με ESR1 μετάλλαξη το όφελος ήταν ακόμα μεγαλύτερο

με μέση επιβίωση ελεύθερης νόσου στους 26,8 μήνες 8,2. Το συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα έχει λάβει στην παρούσα φάση έγκριση μόνο για τους ασθενείς με ESR1 μετάλλαξη.

Μία διαφοροποίηση που έχουν οι καινούριες αυτές μοριακά στοχευμένες θεραπείες είναι και το προφίλ τοξικότητάς τους. Το palbociclib κάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό λευκοπενία σε σχέση με το ribociclib ενώ το verzenio κάνει σημαντικά λιγότερες λευκοπενίες σε σχέση με τα άλλα δύο. Το verzenio εν αντιθέσει έχει ως κύρια παρενέργεια του την διάρροια. Η γνώση των ανεπιθύμητων παρενεργειών και η σωστή διαχείρισή τους μπορεί να μας κατευθύνει πολλές φορές στην επιλογή του βέλτιστου CDK4/6 αναστολέα ανάλογα με το προφίλ του ασθενούς μας.

Ένα μεγάλο ερωτηματικό που έχει δημιουργηθεί στην επιστημονική κοινότητα είναι η αλληλούχιση αυτών των καινούριων θεραπειών. Ποια είναι η βέλτιστη θεραπεία έναρξης για την αντιμετώπιση της κακοήθειας δεν το γνωρίζουμε με σιγουριά αν και η σύγχρονη τάση είναι η έναρξη με ένα CDK 4/6 αναστολέα η οποία δεν χρειάζεται επί του παρόντος μοριακή ανάλυση για την χορήγηση του και η μετέπειτα μοριακή ανάλυση (ESR1- PI3k) για την χορήγηση των επόμενων θεραπειών. Επίσης δεν γνωρίζουμε αν στο μέλλον το elacestrant από την στιγμή που είναι ανάλογο της φουλβεστράνης συνδυαστεί με κάποιο CDK4/6 αναστολέα ή με το PI3k αναστολέα. Σίγουρα όλες οι καινούριες θεραπείες έχουν δώσει ελπίδα στις ασθενείς μας, σημαντική παράταση στην επιβίωση και βελτίωση στην ποιότητα ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Everolimus in Postmenopausal Hormone-Receptor-Positive Advanced Breast Cancer. NEJM 2012 :366:520-529 José Baselga, Mario Campone, ,Martine Piccart, ,et al
2. Overall Survival with Palbociclib and Fulvestrant in Advanced Breast Cancer. NEJM 2016:375:1925-1936 Nicholas C. Turner, Dennis J. Slamon, Jungsil Ro, et al.
3. Overall Survival with Ribociclib plus Letrozole in Advanced Breast Cancer. NEJM 2022:386:942-950 Gabriel N. Hortobagyi, Salomon M. Stemmer, Howard A. Burris et al.
4. Overall Survival with Ribociclib plus Fulvestrant in Advanced Breast Cancer. NEJM 2020 :392:514-524 Dennis J. Slamon, Patrick Neven, Stephen Chia, et al
5. Overall Survival with Ribociclib plus Endocrine Therapy in Breast Cancer. LANCET 2018; 19(7)904-915 Seock-Ah Im, Yen-Shen Lu, Aditya Bardia, et al
6. MONARCH 3: Abemaciclib As Initial Therapy for Advanced Breast Cancer. NPS BREAST CANCER 2019 17:5:5 Matthew P Goetz 1, Masakazu Toi 1, Mario Campone 1, et al
7. Alpelisib plus fulvestrant in PIK3CA-mutated, hormone receptor-positive advanced breast cancer after a CDK4/6 inhibitor (BYLieve): one cohort of a phase 2, multicentre, open-label, non-comparative study. NEJM 2019; 380:1929-1940 Prof Hope S Rugo, Florence Lerebours, Prof Eva Ciruelos, et al
8. Elacestrant (oral selective estrogen receptor degrader) Versus Standard Endocrine Therapy for Estrogen Receptor-Positive, Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Negative Advanced Breast Cancer: Results From the Randomized Phase III EMERALD Trial. J.CLIN.ONCOLOGY 2022 1;40 3246-3256 Francois-Clement Bidard, Virginia G Kaklamani, Patrick Neven, Guillermo Streich , Alberto J Montero, et al



Breaking the Bad News: ανακοινώνοντας την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Σουζάνα Παπαφάγου

Κλινική ψυχολόγος

Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεύτρια, Ομαδική/Οικογενειακή Αναλύτρια

Εισαγωγή

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι ένα γεγονός που αλλάζει τη ζωή της ασθενούς και μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από συναισθήματα, όπως φόβο, σοκ και θλίψη. Ως επαγγελματίες του τομέα της υγείας, είναι απαραίτητο να προσεγγίσουμε τη διαδικασία της μετάδοσης αυτών των ειδήσεων με ευαισθησία, ενσυναίσθηση και σαφή επικοινωνία. Το παρόν άρθρο διερευνά τη σημασία της αποτελεσματικής παροχής ενημέρωσης της διάγνωσης καρκίνου του μαστού, παρέχει στρατηγικές που βασίζονται σε στοιχεία για τη μετάδοση των ειδήσεων (συγκεκριμένα στο πρωτόκολλο SPIKES) και υπογραμμίζει τη σημασία της συνεχούς υποστήριξης για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Λέξεις κλειδιά : Καρκίνος του Μαστού, Breaking the Bad News, Πρωτόκολλο SPIKES

Breaking the Bad News, ένας ορισμός σε σχέση με τα «κακά/άσχημα νέα»

Ο όρος «κακά νέα» στο ιατρικό πλαίσιο έχει οριστεί ως «οποιαδήποτε είδηση που αλλάζει δραστικά και αρνητικά την άποψη του ασθενούς για το μέλλον του» (1). Ωστόσο, τα κακά νέα και η ποιότητα τους ποικίλουν πάντα σε σχέση με την «ματιά του θεατή», έτσι δεν μπορεί κανείς να εκτιμήσει τον αντίκτυπο των κακών ειδήσεων μέχρι να καθορίσει πρώτα τις προσδοκίες ή την κατανόηση του παραλήπτη. Για παράδειγ-

μα, μια ασθενής στην οποία ανακοινώνουν ότι ο πόνος στην πλάτη της προκαλείται από επανεμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όταν περίμενε να της πουν ότι επρόκειτο για μυϊκή καταπόνηση, είναι περισσότερο από πιθανό να νιώσει σοκ.

Σε γενικές γραμμές, τα «κακά νέα» αναφέρονται στην κοινοποίηση μιας κακής διάγνωσης στον ασθενή. Ωστόσο, μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν την κοινοποίηση νέας εστίας χρόνιων διαγνώσεων ή επιδεινωμένης χρόνιας ασθένειας.

Μια ξαφνική διάγνωση καρκίνου του μαστού (BC) όχι μόνο αλλάζει τη σωματική ρουτίνα του ασθενούς αλλά και τον τρόπο και τον προγραμματισμό της ζωής του. Διάφοροι παράγοντες μπορεί να σχετίζονται ή να προκαλέσουν ψυχολογικό τραύμα, όπως συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο, οικονομικές ανησυχίες, πορεία θεραπείας και φόβος θανάτου.

Η δημοσιοποίηση κακών ειδήσεων είναι το πιο δύσκολο έργο για τους γιατρούς που ανακοινώνουν τη διάγνωση. Η αποκάλυψη των κακών ειδήσεων σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι ακόμη πιο δύσκολη λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή θνησιμότητα και το επακόλουθο ψυχολογικό τραύμα. Περίπου το 50% των ασθενών είναι πιθανό να εμφανίσουν ψυχολογικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης μετά τη διάγνωση (1).

Προκειμένου να αποφευχθούν οι ψευδείς υποσχέσεις και οι φρούδες ελπίδες, συμβαίνει συχνά, οι ει-

δήσεις να μεταδίδονται απευθείας στους ασθενείς χωρίς αίσθημα αισιοδοξίας από τους επαγγελματίες υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην αποκάλυψη μιας απειλητικής, για τη ζωή, ασθένειας θα μπορούσαν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην αλλαγή της αντίληψης των ασθενών και στη διασφάλιση της τήρησης του θεραπευτικού σχήματος. Είναι δύσκολο αλλά κρίσιμο να προβλεφθεί ο αντίκτυπος των κακών ειδήσεων στα άτομα και στα μέλη της οικογένειάς τους, καθώς η αντίληψη των κακών ειδήσεων μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων. Κάθε άτομο έχει διαφορετικό μηχανισμό αντιμετώπισης μιας κατάστασης που προκαλεί άγχος. Κάποιοι μπορεί να θεωρούν τη διάγνωση του καρκίνου ως στίγμα κάποιοι ως καρπό της μοίρας ενώ κάποιοι άλλοι μπορεί να την θεωρούν σαν οποιαδήποτε άλλη ασθένεια (2).

Στοιχεία από παλαιότερες έρευνες (3) υποδηλώνουν ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, οι στρεσογόνοι παράγοντες της ζωής, η εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το ιατρικό ιστορικό, η εκπαίδευση και το βιοτικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού (4).

Από τα παραπάνω προκύπτει πως ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς λαμβάνουν τα νέα σχετικά με τη διάγνωση τους, ο τρόπος που τα ερμηνεύουν και ο μηχανισμός αντιμετώπισης μπορεί να αλλάξει την οπτική



τους για τη νόσο. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως σε αντίστοιχες καταστάσεις, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως οι ψυχίατροι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλεύτες και οι ψυχολόγοι που είναι εκπαιδευμένοι στην ψυχολογία της υγείας, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο για να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ ιατρικής και ψυχολογικής φροντίδας (5).

Ανακοινώντας τα κακά νέα, μια συχνή αλλά αγχωτική διαδικασία

Κατά τη διάρκεια της καριέρας του, ένας πολυάσχολος κλινικός ιατρός μπορεί να αποκαλύψει δυσμενείς ιατρικές πληροφορίες σε ασθενείς και οικογένειες αμέτρητες φορές (6).

Το να ανακοινώνονται άσχημα νέα στους καρκινοπαθείς είναι εγγενώς αποτρεπτικό και περιγράφεται ως «ρίψη βόμβας» (7). Μάλιστα, η δημοσίευση κακών ειδήσεων μπορεί να είναι ιδιαίτερα αγχωτική όταν ο κλινικός ιατρός είναι άπειρος, ο ασθενής είναι νέος ή υπάρχουν περιορισμένες προοπτικές για επιτυχή θεραπεία (8).

Πληροφόρηση και λεπτομερής ενημέρωση, μέχρι ποίου σημείου;

Ως τα τέλη της δεκαετίας του 1970, οι περισσότεροι γιατροί ήταν ανοιχτοί στο να επικοινωνήσουν στους καρκινοπαθείς τη διάγνυσή τους, παρέχοντας πληροφορίες έως ένα σημείο (9). Ωστόσο, οι μελέτες άρχισαν να δείχνουν ότι οι ασθενείς επιθυμούσαν επίσης πρόσθετες πληροφορίες. Για παράδειγμα, μια έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1982 σε 1.251 Αμερικανούς (10) έδειξε ότι το 96% επιθυμούσε να ενημερωθεί εάν είχε διάγνωση καρκίνου, αλλά και ότι το 85% επιθυμούσε, σε περιπτώσεις σοβαρής πρόγνωσης, να του δοθεί μια ρεαλιστική εκτίμηση για το πόσο καιρό θα μπορούσε να ζήσει. Για πολλά χρόνια, ένας αριθμός μελετών στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει υποστηρίξει αυτά τα ευρήματα (11), αν και οι προσδοκίες των ασθενών δεν ικανοποιήθηκαν πάντα (12). Οι επιθυμίες των Ευρωπαίων ασθενών έχει βρεθεί ότι είναι παρόμοιες με εκείνες των Αμερικανών ασθενών. Για παράδειγμα, μια μελέτη 250 ασθενών σε

ογκολογικό κέντρο στη Σκωτία έδειξε ότι το 91% και το 94% των ασθενών, αντίστοιχα, ήθελαν να γνωρίζουν τις πιθανότητες θεραπείας για τον καρκίνο τους και τις παρενέργειες της θεραπείας (13).

Ηθικές και Νομικές Επιταγές

Στη Βόρεια Αμερική, οι αρχές της συναίνεσης στην ενημέρωση, της αυτονομίας των ασθενών και της νομολογίας έχουν δημιουργήσει σαφείς ηθικές και νομικές υποχρεώσεις προκειμένου να παρέχονται στους ασθενείς όσες πληροφορίες επιθυμούν για την ασθένειά τους και τη θεραπεία της (14). Οι γιατροί ενδέχεται να μη μπορούν να αποκρύπτουν ιατρικές πληροφορίες ακόμη και αν υποψιάζονται ότι θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή. Ωστόσο, μια εντολή για αποκάλυψη της αλήθειας, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η ανησυχία για την ευαισθησία με την οποία γίνεται η ανακοίνωση ή η υποχρέωση υποστήριξης των ασθενών και βοήθειας στη λήψη αποφάσεων, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι τόσο αναστατωμένοι όσο αν θα τους είχαν πει ψέματα. (15)

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, το πώς συζητούνται τα κακά νέα μπορεί να επηρεάσει την κατανόηση των πληροφοριών από τον ασθενή, την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη, το επίπεδο ελπίδας και την επακόλουθη ψυχολογική προσαρμογή.

Οι γιατροί που δυσκολεύονται να δώσουν άσχημα νέα μπορεί να υποβάλουν τους ασθενείς σε επιθετικές θεραπείες πέρα από το σημείο όπου η θεραπεία αναμένεται να είναι χρήσιμη (16). Από την άλλη πλευρά, η ιδέα ότι η λήψη δυσμενών ιατρικών πληροφοριών πρόκειται να προκαλέσει ψυχολογική βλάβη είναι αβάσιμη, μάλιστα πολλοί ασθενείς επιθυμούν ακριβείς πληροφορίες για να τους βοηθήσουν στη λήψη σημαντικών αποφάσεων για την ποιότητα της ζωής τους (17). Ωστόσο, άλλοι που το βρίσκουν πολύ απειλητικό μπορεί να χρησιμοποιήσουν μορφές άρνησης, αποφυγής ή ελαχιστοποίησης της σημασίας της πληροφορίας, ενώ

εξακολουθούν να συμμετέχουν στη θεραπεία.

Το φαινόμενο «MUM» και η ανάγκη για εκπαίδευση στην αποκάλυψη δυσμενών διαγνώσεων.

Ο Tesser και οι συνεργάτες του το 1971 ξεκίνησαν να διεξάγουν κάποια πειράματα σε σχέση με την ποιότητα, ποσότητα και τα αποτελέσματα της μετάδοσης των διαγνώσεων σε εκείνον που αναλαμβάνει το χρέος να ενημερώσει τον ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνος που επικοινωνεί κακές ειδήσεις συχνά βιώνει έντονα συναισθήματα όπως άγχος, βάρος ευθύνης για τις ειδήσεις και φόβο αρνητικής αξιολόγησης (20).

Αυτό το άγχος δημιουργεί μια απροθυμία από μέρους του φορέα πληροφόρησης να παραδώσει άσχημα νέα. Πρόκειται για το φαινόμενο «MUM» το οποίο είναι ιδιαίτερα ισχυρό όταν ο παραλήπτης των κακών ειδήσεων εκλαμβάνεται στη σκέψη του φορέα ως στενοχωρημένος/ταραγμένος πριν καν παραλάβει την διάγνωση (21).

Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι για πολλούς κλινικούς γιατρούς η πρόσθετη εκπαίδευση στην αποκάλυψη δυσμενών πληροφοριών στον ασθενή θα μπορούσε να είναι χρήσιμη προκειμένου να αυξήσει την εμπιστοσύνη τους στην ολοκλήρωση αυτής της αποστολής. Επιπλέον, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επιθυμητές οι τεχνικές για την αποκάλυψη πληροφοριών με τρόπο που οι ειδικοί να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και τα συναισθήματα των ασθενών, τεχνικές που σπάνια διδάσκονται.

Ένα σχέδιο για τον προσδιορισμό των αξιών του ασθενούς, τις επιθυμίες για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και μια στρατηγική για την αντιμετώπιση της αγωνίας του όταν αποκαλύπτονται τα άσχημα νέα μπορεί να αυξήσει την εμπιστοσύνη του γιατρού στο έργο της αποκάλυψης δυσμενών ιατρικών πληροφοριών. Μπορεί επίσης να ενθαρρύνει τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε δύσκολες θεραπευτικές αποφάσεις, όπως όταν υπάρχει μικρή πιθανότητα



η άμεση θεραπεία να είναι αποτελεσματική. Τέλος, οι γιατροί που νιώθουν άνετα να ανακοινώνουν τα κακά νέα μπορεί να υπόκεινται σε λιγότερο άγχος και εξάντληση (22).

Το πρωτόκολλο SPIKES, μια στρατηγική 6 βημάτων, εφαρμογή στην παράδοση κακών ειδήσεων

Η στρατηγική SPIKES (23) αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την αποτελεσματική παράδοση κακών ειδήσεων σε ιατρικό περιβάλλον ή υγειονομική περίθαλψη. Αυτή η προσέγγιση έχει σχεδιαστεί για να διασφαλίσει ότι οι ευαίσθητες πληροφορίες μεταδίδονται με ενσυναίσθηση, σαφήνεια και επαγγελματισμό, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Το πρωτόκολλο SPIKES σημαίνει Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy και Summary. Κάθε βήμα περιγράφεται με συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για να βοηθηθούν οι επαγγελματίες υγείας ώστε να μεταδίδουν άσχημα νέα με ενσυναίσθητικό και δομημένο τρόπο.

Βήμα 1: ΡΥΘΜΙΣΗ της Συνέντευξης.

Ο στόχος αυτού του βήματος είναι να υπάρξει ο σωστός χώρος, να είναι εγγυημένο το απόρρητο, να αποφευχθεί η διακοπή, να βοηθηθούν οι ασθενείς προκειμένου να ακούσουν και να κατανοήσουν τι τους ανακοινώνεται, να αισθανθούν πως οι θεράποντες ιατροί σέβονται την εμπιστευτικότητα και πως θα συνεχίσουν να τους παρέχουν υποστήριξη.

ΒΗΜΑ 2: Αξιολόγηση της ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ του Ασθενούς

Οι θεράποντες καλούνται να συλλέξουν πληροφορίες σε σχέση με το πόσα γνωρίζει ο ασθενής. Ειδικότερα, πόσο σοβαρή πιστεύει ότι είναι η ασθένεια και/ή πόσο θα την/τον επηρεάσει στο μέλλον.

Αυτό βοηθά να γίνει φανερό το πόσο κοντά στην ιατρική πραγματικότητα είναι η κατανόηση του ασθενούς και επίσης εάν είναι σε άρνηση.

Το ύφος και το συναισθηματικό περιεχόμενο των δηλώσεων του ασθενούς παρέχουν πληροφορίες. Οι όροι που χρησιμοποιούνται ή αποφεύγονται και ο τόνος της φωνής θα δώσουν πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς και θα διαλευκάνουν εάν έχουν ληφθεί υπόψη οι συνέπειες των πληροφοριών. Είναι σημαντικό να γίνει ξεκάθαρο το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς, ώστε ο επαγγελματίας να μπορέσει αργότερα να προσφέρει την παροχή πληροφοριών στο ίδιο επίπεδο.

Τα λεκτικά (λέξεις που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να μεταδώσει το συναισθηματικό) και τα μη λεκτικά (στάση σώματος, κινήσεις των χεριών) μέσα θα αποτελέσουν σημαντικά δεδομένα και θα βοηθήσουν να γίνει κατανοητό το τι συμβαίνει στον ασθενή.

ΒΗΜΑ 3: Λήψη της ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ του Ασθενούς

Σε οποιαδήποτε συζήτηση για άσχημα νέα, το πραγματικό ζήτημα δεν είναι «θέλετε να μάθετε;» αλλά «σε ποιο επίπεδο θέλετε να μάθετε;»

Αυτό είναι ένα δυνητικά αμφιλεγόμενο ζήτημα. Οι πληροφορίες που επιθυμεί και ζητά να λάβει ο ασθενής, τελικά αφορούν πληροφορίες που χρειάζεται για να λάβει τεκμηριωμένες αποφάσεις. Ο ίδιος ο σεβασμός στην αυτονομία των ασθενών σημαίνει ότι έχουν το δικαίωμα να θέλουν να μην γνωρίζουν ή να θέλουν να ακούσουν πληροφορίες. Η πρόσκληση στην επικοινωνία αφορά το πώς να γνωρίζει κανείς τι θέλει ένας ασθενής και επίσης πώς να διασφαλίσει ότι υπάρχουν άλλες ευκαιρίες εάν ένας ασθενής αποφασίσει επί του παρόντος ότι δεν επιθυμεί να γνωρίζει όλες τις λεπτομέρειες. Εκτός εάν ερωτηθεί, ο ασθενής δεν είναι δυνατό να γνωρίζει πόσα θέλει να μάθει και ο γιατρός μπορεί να προβάλει τη δική του επιφυλακτικότητα για να αποκαλύψει πλήρως τις πληροφορίες.

Ωστόσο, υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι προκειμένου να εκφραστούν ερωτήσεις. «Δεν θέλετε να σας ενο-

χλούν οι λεπτομέρειες, σωστά;» είναι προφανώς ένα κορυφαίο ερώτημα. Ο γιατρός πρέπει να δεσμεύεται για την ειλικρίνεια και την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς. Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, ο ρυθμός και η διατύπωση των ερωτήσεων είναι προσαρμοσμένες προς αυτόν τον στόχο. Μερικά παραδείγματα ερωτήσεων είναι: «Θέλετε να σας πω τις λεπτομέρειες της διάγνωσης;»

«Αν αυτό αποδειχθεί ότι είναι κάτι σοβαρό, είστε το είδος του ανθρώπου που προτιμά να γνωρίζει ακριβώς τι συμβαίνει;»

ΒΗΜΑ 4: Δίνοντας ΓΝΩΣΗ και ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ στον ασθενή

Ο υπεύθυνος/αρμόδιος που θα μεταφέρει τα κακά νέα θα πρέπει να αποφασίσει πώς θα προχωρήσει. Οι τέσσερις κρίσιμοι τομείς που θα πρέπει να θίξει είναι: Διάγνωση, Σχέδιο Θεραπείας, Πρόγνωση και Υποστήριξη.

Μερικές φορές οι γιατροί μπορεί να θέλουν ο ασθενής να δεχτεί τις συμβουλές τους για τη θεραπεία, να μην εκνευρίζεται και να αισθάνεται αισιόδοξος και καθησυχασμένος για το μέλλον. Δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί πώς θα ανταποκριθούν οι ασθενείς στις ειδήσεις. Μία από τις δυσκολίες για τους γιατρούς είναι να αποδεχτούν ότι οι ψυχικά ικανοί και ενημερωμένοι ασθενείς έχουν το δικαίωμα (α) να αποδέχονται ή να απορρίπτουν τη θεραπεία που προσφέρεται και (β) να αντιδρούν στις ειδήσεις και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους με όποιον (νόμιμο) τρόπο επιλέξουν.

Η διαδικασία ευθυγράμμισης με το τι έχει κατανοήσει ο ασθενής για την κατάσταση του βοηθά στο επόμενο στάδιο τροποποίησης, διόρθωσης ή εκπαίδευσης ενός ασθενούς με νέες πληροφορίες.

Οι ασθενείς που είναι αναστατωμένοι ή σοκαρισμένοι δεν ακούν ούτε θυμούνται καλά. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν διαγράμματα και γραπτά μηνύματα ως βοηθητικά απομνημονεύματα, ηχητικά μηνύματα ή ενημερωτικά φυλλάδια.



Η Ατζέντα του Ασθενούς πρέπει να παρακολουθηθεί: Ποιες είναι οι ανησυχίες του ασθενούς; π.χ. Οι ασθενείς μπορεί να ανησυχούν περισσότερο για την απώλεια μαλλιών από τη χημειοθεραπεία παρά για τον πιθανό κίνδυνο της νόσου.

ΒΗΜΑ 5: Αντιμετώπιση των ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ του Ασθενούς με γεμάτες ενσυναίσθηση απαντήσεις

Η ανταπόκριση στα συναισθήματα του ασθενούς είναι μια δύσκολη πρόκληση για την αποκάλυψη κακών ειδήσεων. Οι αντιδράσεις του ασθενούς μπορεί να ποικίλλουν από σιωπή σε αγωνία, άρνηση και θυμό. Η με ενσυναίσθηση αντιμετώπιση του γιατρού επιτρέπει στον ασθενή να γνωρίζει ότι έχει καταγραφεί αυτό που μεταφέρει ακόμα και μόνο με λέξεις ή γλώσσα του σώματος.

Ενώ ένα άτομο βιώνει έντονα συναισθήματα, είναι δύσκολο να συνεχίσει να συζητά κάτι περαιτέρω, καθώς θα δυσκολεύεται να ακούσει οτιδήποτε.

Θα πρέπει να γίνει ανεκτή η σιωπή. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά και τις ανησυχίες του.

ΒΗΜΑ 6: Στρατηγική και περίληψη. Σχεδιασμός και παρακολούθηση.

Οι ασθενείς θα αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας ελπίζοντας πως εκείνοι θα κατανοήσουν τη σύγχυσή τους και θα τους προσφέρουν σχέδια για το μέλλον.

Ο θεράπων γιατρός θα πρέπει να προετοιμαστεί για το χειρότερο ελπίζοντας για το καλύτερο, να προσ-

διορίσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης του ασθενούς και να ενισχύσει τις άλλες πηγές υποστήριξης για τον ασθενή.

Ανακεφαλαιώνοντας

Η είδηση του καρκίνου του μαστού ως διάγνωση είναι μια από τις δυσκολότερες ειδήσεις που μπορεί να λάβει ο ασθενής. Είναι κρίσιμο για τους επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί και οι νοσοκομειακοί εργαζόμενοι, να διαχειρίζονται αυτήν τη διαδικασία με ευαισθησία και επικοινωνιακές δεξιότητες.

Παρατίθενται μερικά βασικά σημεία σχετικά με τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας κατά την ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού (25):

1. Ευαισθησία και Συμπόνια: Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι και συνεπείς στην αντιμετώπιση των ασθενών. Πρέπει να εκφράζουν συμπόνια και να είναι προσίτοι σε τυχόν ερωτήσεις ή ανησυχίες.

2. Κατανόηση της Ατομικής Κατάστασης: Κάθε ασθενής είναι μοναδικός, και η αντιμετώπιση της κατάστασής του πρέπει να γίνεται με βάση τις ατομικές του ανάγκες και ανησυχίες. Η εξατομικευμένη προσέγγιση είναι σημαντική.

3. Επεξηγηματική Επικοινωνία: Οι γιατροί πρέπει να εξηγούν με σαφήνεια τη διάγνωση, τις επιλογές θεραπείας και τις προσδοκίες με τρόπο που να είναι κατανοητές για τον ασθενή. Η χρήση απλού και καθημερινού λόγου είναι σημαντική.

4. Υποστήριξη και Ενημέρωση:

Οι ασθενείς πρέπει να νιώθουν ότι έχουν την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας. Πρέπει να τους παρέχεται πλήρης ενημέρωση για τις επιλογές θεραπείας και τις πιθανές επιπτώσεις.

5. Συνεργασία με Ειδικούς: Σε πολλές περιπτώσεις, η ανακοίνωση της διάγνωσης και η παροχή πληροφοριών απαιτεί την συνεργασία με ειδικούς ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς που μπορούν να προσφέρουν συμβουλευτική υποστήριξη.

6. Προάσπιση της Αυτονομίας: Οι ασθενείς πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους και να αισθάνονται ότι ο σεβασμός της προσωπικής τους αυτονομίας αποτελεί προτεραιότητα.

7. Συνεχής Υποστήριξη: Η υποστήριξη και η επικοινωνία δεν σταματούν στην αρχική ανακοίνωση. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμοι για ερωτήσεις και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

Στην ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, η αποτελεσματική επικοινωνία δεν είναι μόνο σημαντική για την καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς αλλά και για την επιτυχία της θεραπείας και την αντιμετώπιση του καρκίνου. Επικοινωνώντας με σεβασμό, συναισθηματική νοημοσύνη και εμπειρογνωμοσύνη, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της διάγνωσης και να ανακτήσουν την υγεία τους με αξιοπρέπεια και αισιοδοξία.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thakur, M., Gupta, B., Kumar, R., Mishra, A. K., Gupta, S., & Kar, S. K. (2019). Depression among women diagnosed with breast cancer: a study from North India. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 40(03), 347-352.
2. Noronha, J. L. (2020). Cancer stigma—why don't we sit down and talk about it?. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(2), 167-168.
3. Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of personality and social psychology*, 65(2), 375-390.
4. Konstantis, A. (2020). Breaking bad news and autonomy of cancer patients. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(2), 362.
5. Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1999). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer.
6. Miyaji N. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. *Soc Sci Med* 1993;36:249-264
7. Lind, S. E., DelVecchio Good, M. J., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 7(5), 583-589.
8. Joseph, S. (2022). Breaking bad news in Oncology: An observer's point of view. *Journal for International Medical Graduates*, 1(2).
9. Hulsman, R. L., Pranger, S., Koot, S., Fabrick, M., Karemaker, J. M., & Smets, E. M. (2010). How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *International Journal of Psychophysiology*, 77(1), 26-34.
10. United States. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, & Abram, M. B. (1982). Making health care decisions: the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. President's Commission.
11. Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Supportive Care in Cancer*, 7, 113-120.
12. Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral medicine*, 24(2), 81-88.
13. Lobb, E. A., Butow, P. N., Kenny, D. T., & Tattersall, M. H. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used?. *Medical Journal of Australia*, 171(6), 290-294.
14. Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *Bmj*, 313(7059), 724-726.
15. Annas, G. J. (1994). Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *New England journal of medicine*, 330(3), 223-225
16. Holland, J. C. (1989). Now we tell—but how well?. *Journal of Clinical Oncology*, 7(5), 557-559.
17. Butow, P. N., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (1995). Communication with cancer patients: does it matter?. *Journal of Palliative Care*, 11(4), 34-38.
18. Galgut, C. (2021). The psychological impact of breast cancer: A psychologist's insight as a patient. CRC Press.
19. Tesser, A., Rosen, S., & Tesser, M. (1971). On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect): A field study. *Psychological Reports*, 29(2), 651-654.
20. Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzele, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-oncology*, 23(12), 1415-1422.
21. Longo V, Abruzzese F, Miserocchi V, et al. Breast Cancer and Communication: Monocentric Experience of a Self-Assessment Questionnaire. *Journal of Public Health Research*. 2022;11(2). doi:10.4081/jphr.2022.2831



MEDTEQ

Ιατροτεχνολογικά προϊόντα



Διερεύνηση

Βιοψία

Σήμανση

Εντοπισμός

MEDTEQ

MEDTEQ M.IKE | Ιατροτεχνολογικά προϊόντα | 210 2432500 | info@medteq.gr www.medteq.gr