

Bits 'n' pieces

Πέντε επιστημονικές δημοσιεύσεις δείχνουν πως... οι γυναίκες μάχονται! Ερευνητές, επιστημονικές ομάδες, πανεπιστήμια και εργαστήρια καταδεικνύουν συμπεράσματα που θα θωρακίσουν τις γυναίκες.

[σελ. 42]

Αφιέρωμα: Καρκίνος του μαστού

Η Κατερίνα Μπεριάτου, χειρουργός, διευθύντρια ΕΣΥ στο Κέντρο Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου», μας προειδοποιεί για τη νόσο που θα απασχολήσει τις 8 γυναίκες. Μπορούμε όμως να την πολεμήσουμε.

[σελ. 44-45]

Ανδρόπαυση

Ο Δημήτρης Ν. Παπαχρήστου, αν. καθηγητής Ενδοκρινολογίας στο ΔΠΘ, ενδοκρινολόγος και παθολόγος/διαβητολόγος, μας εξηγεί για την έλλειψη ανδρογόνων που παρουσιάζεται στους άνδρες άνω των 50 ετών και έχει ως αποτέλεσμα φυσικές «κάμψεις».

[σελ. 46]

...φοβού τους «δωρίζοντας»



Με κινήσεις εντυπωσιασμού, φαρμακοβιομήχανοι, ΙΣΑ και Γεωργιάδης παρέχουν σε ανασφάλιστους συμπολίτες μας φάρμακα, όμως... λίγους μήνες πριν από τη λήξη τους. Ξέχασαν να μας πουν πως έτσι οι φαρμακοβιομήχανοι γλιτώνουν το κόστος της αχρήστευσης και προσβλέπουν σε φορολογικά οφέλη

Η φιλανθρωπία του ΣΦΕΕ δεν είναι τόσο φιλανθρωπική. Εκείνο το μεσημέρι, πριν από λίγο καιρό, στο υπουργείο Υγείας ακούσαμε τον Αδωνι Γεωργιάδη να εξάρει -«σε εποχές κρίσεις που διανύουμε»- και να θέτει «υπό την αιγίδα του» την «κίνηση αλτρουισμού» του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας, που εκφράζει συλλογικά τις πολυεθνικές φαρμακευτικές εταιρείες για παροχή δωρεάν φαρμάκων σε ανασφάλιστους. Η πρωτοβουλία, για την οποία περήφανα μίλησε ο υπουργός φτιάχνοντας το προφίλ του ως κοινωνικά αλληλέγγ-

υγος, ανήκει στον Ιατρικό Σύλλογο Αθήνας, του οποίου προεδρεύει ο έτερος εραστής της προβολής Γιώργος Πατούλης, στην οποία έχει συμπεριλάβει και την «Αποστολή» της Εκκλησίας της Ελλάδας.

Εκείνο που μας προβληματίσε, παρά τον έντονο ενθουσιασμό του πάνελ -υπουργός, πρόεδρος ΙΣΑ, πρόεδρος ΣΦΕΕ- που συνέλαβε αυτή τη «λύση στα προβλήματα των πιο αδύναμων συμπολιτών μας», ήταν η ανάγκη του Α. Γεωργιάδη να υπερτονίσει ότι πρόκειται για φάρμακα «αρκετούς μήνες πριν από τη λήξη τους».

Εκτιμούμε απεριόριστα τη σκέψη του ΣΦΕΕ

αλλά να πούμε -για να το έχουμε πει- ότι με την κίνηση αυτή οι φαρμακευτικές αφενός γλιτώνουν το κόστος της αχρήστευσης που περιλαμβάνει τα έξοδα απόσυρσης από τα φαρμακεία έξι μήνες πριν λήξουν τα φάρμακα και καταστροφής τους (είτε στο εσωτερικό, αν πρόκειται για απλές συνθέσεις, είτε στο εξωτερικό, για τα «δύσκολα» φάρμακα) «δωρίζοντας» τα στους ανασφάλιστους, αφετέρου ωφελούνται κιόλας είτε απλώς διαφημιστικά -χτίζοντας κι αυτές μαζί με τον Γεωργιάδη και τον Πατούλη το φιλάνθρωπο προφίλ τους- είτε προσβλέποντας σε φορολογικά οφέλη, καθώς η αξία της «δωρεάς» εκπίπτει φορολογικά.

Πρόγραμμα Ιατρικής Κάλυψης

ALPHA
υγείαγιαόλους

Όλη η φροντίδα που χρειάζεστε,
σε ένα πρόγραμμα!

Μόνο με 50 ευρώ τον χρόνο.

Σε συνεργασία με την ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.

 **ALPHA BANK**

 **ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ**
αλλάζουμε / τα δεδομένα

Μήνας επίγνωσης του καρκίνου του μαστού ο Οκτώβρης

Δέκα «κρίσιμα κενά» στην έρευνα καταδεικνύει νέα μελέτη του Breast Cancer Research, αιτίες για την απώλεια εκατοντάδων χιλιάδων ζωών από τη νόσο.

Μεταξύ αυτών η κατανόηση της σχέσης γενετικών αλλαγών και ανάπτυξης του καρκίνου, των διαδικασιών που ενθαρρύνουν τους διαφορετικούς τύπους του να αναπτύσσονται, να κάνουν μεταστάσεις σε άλλες περιοχές ή να είναι ανθεκτικοί στις θεραπείες ή του τρόπου που τα καρκινικά κύτταρα διαφόρων χαρακτηριστικών διαμορφώνονται μέσα σε έναν όγκο γιατί μερικές φορές πέφτουν σε χειμερία νάρκη;

Πατά κάποιες μορφές του καρκίνου είναι ανθεκτικές στη θεραπεία από την αρχή, ενώ άλλες παίρνουν χρόνο;

Ποιοι τρόποι ζωής (διατροφή, άσκηση) δρουν προληπτικά, αλλά και πώς αναπτύσσονται έλεγχοι για τη διάγνωση της απόκρισης στη χημειοθεραπεία ή τη ραδιοθεραπεία;

Ερωτήματα που η ιατρική επιστήμη μένει να απαντήσει.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ντάνι Βέργου (d.vergou@efsyn.gr)

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: Αγγελή Κατσιούλα (a.katsioula@efsyn.gr)

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ: Λουίζα Καραγεωργίου

editorial

Bits 'n' pieces

Το περπάτημα συνδέεται με τον χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση στο Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention. Το περπάτημα μειώνει τον κίνδυνο διάγνωσης του καρκίνου ακόμα και στις μεταμεμνησποαυσιακές γυναίκες, για τις οποίες ήταν η μοναδική φυσική δραστηριότητα, επισημαίνει η ομάδα της Αμερικανικής Ογκολογικής Εταιρίας που ανέλυσε τους ιατρικούς φακέλους 70.000 γυναικών μετά την εμμηνόπαυση. Για τις μισές γυναίκες που περπατούσαν τουλάχιστον επτά ώρες την εβδομάδα ο κίνδυνος έπεφτε κατά 14%, σε σύγκριση με τις γυναίκες που περπατούσαν τρεις ή λιγότερες ώρες εβδομαδιαία, ενώ οι γυναίκες που ασκούσαν παραπάνω είχαν 25% μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου.



Ο θηλασμός μειώνει την απειλή του καρκίνου του μαστού, επισημαίνει μελέτη που δημοσιεύεται στο Journal of Clinical Nursing. Οι γυναίκες που θηλάζουν περισσότερο από έξι μήνες έχουν λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε μικρότερη ηλικία -φτάνει να μην καπνίζουν- σε σύγκριση με γυναίκες που δεν θηλάζουν. Η μελέτη των ιατρικών φακέλων 504 γυναικών έδειξε ότι εκείνες που δεν είχαν θηλάσει διαγνώστηκαν με τον καρκίνο -κατά μέσον όρο- 10 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με τις γυναίκες που θηλάσαν τα μωρά τους. Η πιθανότερη βιολογική θεωρία που εξηγεί τα οφέλη του θηλασμού είναι οι ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας.

Η κατανάλωση ιχθυελαίων μειώνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού, λέει νέα επιστημονική δημοσίευση Κινέζων ερευνητών στο British Medical Journal. Η υψηλή κατανάλωση ιχθυελαίων

5 επιστημονικές δημοσιεύσεις δείχνουν...

και θαλασσινών πολυακόρεστων λιπαρών οξέων τύπου n-3 σχετίζεται με μείωση κατά 14% του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο τρόπος ζωής και η διατροφή παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη ανάπτυξης του καρκίνου, επισημαίνουν οι ερευνητές και προσθέτουν ότι για να μειωθεί ο κίνδυνος χρειάζεται να καταναλώνονται τουλάχιστον 1-2 μερίδες λιπαρών ψαριών την εβδομάδα, όπως είναι οι σαρδέλες, ο σολομός και ο τόνος.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού χρειάζεται να αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, δείχνει μελέτη του εθνικού Ογκολογικού Ινστιτούτου των ΗΠΑ. Οι ασθενείς που ακολουθούσαν μια υψηλή γαλακτοκομικών λιπαρών διαίτα είχαν «υψηλότερη θνησιμότητα του καρκίνου καθώς και υψηλότερη θνησιμότητα του θανάτου». Συγκεκριμένα οι γυναίκες που κατανάλωναν μία και περισσότερες μερίδες τέτοιων γαλακτοκομικών ημερησίων είχαν 64% υψηλότερες πιθανότητες θανάτου από κάθε αίτιο και 49% αυξημένες πιθανότητες θανάτου από τον καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο συντήρησης της θεραπείας.

...οι γυναίκες μάχονται!



Καμία απειλή δεν είναι μεγαλύτερη από την πίστη μας στη ζωή.

Στις απειλητικές για τη ζωή νόσους, απαντάμε με στοχευμένες θεραπείες, με αποδεδειγμένο όφελος επιβίωσης, αντιμετωπίζοντας τον κάθε ασθενή σαν ιδιαίτερη περίπτωση.

Στην ευχή κάθε ανθρώπου να μην του συμβεί μια σοβαρή ασθένεια, απαντάμε με προληπτικές εξετάσεις που έχουν καταξιώσει τη Roche ως παγκόσμιο ηγέτη και στο χώρο των διαγνωστικών. Κι όταν δεν έχουμε ακόμα απαντήσεις, συνεχίζουμε να τις αναζητάμε, πάντα με σεβασμό, στο πλευρό του ασθενή.



Μια ψηλάφηση της γυναικείας φύσης

Με αφορμή τον μήνα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τον Καρκίνο του Μαστού που διανύουμε, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πως η νόσος θα απασχολήσει 1 στις 8 γυναίκες. Βρισκόμαστε όλες πάντα σε εγρήγορη και όπλα μας είναι η γνώση του σώματός μας, η ενημέρωση και η πρόληψη, η κλινική εξέταση και η τακτική μαστογραφία, η έγκαιρη διάγνωση αλλά και η αντιμετώπιση, που πρέπει να είναι προσωποποιημένη για την καθεμιά μας

Της **Κατερίνας Μπεριάτου***

Οταν μου ζητήθηκε να γράψω για το αφιέρωμα της εφημερίδας με αφορμή τον μήνα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για τον Καρκίνο του Μαστού, αναρωτήθηκα τι θα είχε πραγματικά ενδιαφέρον να ειπωθεί, μια και όλα είναι γνωστά και εν πάση περιπτώσει κάθε πληροφορία είναι εύκολα προσβάσιμη. Την απάντηση μου έδωσαν οι γυναίκες που εξετάζονται στο Τμήμα μας όλα αυτά τα χρόνια.

Το Τμήμα Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου» έχει ιδρυθεί το 1974. Πρώτος διευθυντής του ήταν ο Στ. Βασιλάρος, τον οποίο διαδέχτηκε ο αείμνηστος Ιω. Παπαδιαμαντής. Σήμερα, το Τμήμα διευθύνεται από τον Αννίβα Τσικκίνη και στελεχώνεται από τρεις ειδικευμένους χειρουργούς και έναν ειδικευμένο ιατρό. Στα 39 χρόνια λειτουργίας του έχουν εξεταστεί ήδη 106.000 γυναίκες. Σε αυτές περιλαμβάνονται γυναίκες που παρακολουθούνται προληπτικά κατ'έτος για πολλά χρόνια, γυναίκες που εμφάνισαν τη νόσο κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους στον τακτικό έλεγχο, γυναίκες που ήρθαν πρώτη φορά όταν ψηλάφησαν κάτι ή είχαν εύρημα στη μαστογραφία τους και γυναίκες που έρχονται πια μαζί με τις κόρες τους, κάποιες και με τις εγγονές τους. Οι γυναίκες που έχουν νοσήσει συνεχίζουν να παρακολουθούνται από εμάς, παράλληλα με την παρακολούθησή τους στο Ογκολογικό Τμήμα. Αυτό έχει αποτέλεσμα την ανάπτυξη μιας προσωπικής σχέσης εμπιστοσύνης με τις ασθενείς και τη συσώρευση μεγάλης εμπειρίας για τους γιατρούς του Τμήματός. Να σημειωθεί δε ότι υπάρχει πλήρης φάκελος για κάθε γυναίκα, όλα αυτά τα χρόνια.

Όλες αυτές οι γυναίκες έρχονται με κάποια επαναλαμβανόμενα ερωτήματα. Κάποια από αυτά δείχνουν ότι, παρά την εντατική ενημέρωση, ίσως δε και εξαιτίας αυτής, υπάρχει σύγχυση γύρω από ορισμένα ζητήματα. Αποφάσισα λοιπόν σε αυτά τα ερωτήματα να απαντήσω, αποφεύγοντας τους πολλούς αριθμούς και μένοντας περισσότερο στην ουσία. Έχει, νομίζω, ιδιαίτερη σημασία για όλους όσοι ασχολούμαστε με τον μαστό, να συναισθα-

3 Οι γυναίκες να πεισθούν απολύτως ότι η έγκαιρη διάγνωση είναι το κρίσιμο σημείο. Αυτό σημαίνει απλώς συνεπή παρακολούθηση με κλινική εξέταση και μαστογραφία σύμφωνα με τις οδηγίες

Οι γιατροί να συνειδητοποιήσουν ότι η φύση της νόσου και το μακροχρόνιο της θεραπείας και της επιβίωσης των ασθενών μετατρέπει όσους ασχολούμαστε με το αντικείμενο σε οιονεί οικογενειακούς γιατρούς, ένας ρόλος με ξεχωριστές απαιτήσεις

νόμαστε ότι δεν αντιμετωπίζουμε ένα σύνθετο ιατρικό αντικείμενο αλλά ένα πρόβλημα που αγγίζει την ίδια την προσωπικότητα και την ενσυναίσθηση της φύσης κάθε γυναίκας. Για τον λόγο αυτό, τόσο η ενημέρωση όσο και η αντιμετώπιση πρέπει να είναι προσωποποιημένες.

Πόσο κινδυνεύω;

Είναι λάθος να βομβαρδίζουμε τις γυναίκες με αριθμούς και ποσοστά για το πόσο αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού ο τάδε διατροφικός παράγοντας ή ο δείνα επιδημιολογικός παράγοντας. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η νόσος θα απασχολήσει 1 στις 8 γυναίκες, ποσοστό αρκετά υψηλό ώστε να κρατά σε εγρήγορη κάθε γυναίκα. Τα υπόλοιπα είναι στατιστικές για τις επιστημονικές εργασίες.

Ο μόνος σημαντικός παράγοντας που επιβραδύνει τις πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου είναι η κληρονομικότητα. Εδώ είναι που αντιμετωπίζουμε, με αφορμή και την πρόσφατη δημοσιότητα, τα πιο πολλά ερωτήματα: Να κάνω ή όχι τον γονιδιακό έλεγχο; Η ιατρική απάντηση είναι απλή: Ναι. Πολλές είναι όμως οι γυναίκες που γνωρίζουν ότι ανήκουν στην ομάδα αυξημένου κινδύνου αλλά είναι απρόθυμες να κάνουν τον γονιδιακό έλεγχο είτε γιατί δεν είναι διατεθειμένες να ακολουθήσουν την ενδεικτική αντιμετώπιση (αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή και αποκατάσταση) είτε γιατί απλά δεν θέλουν να ξέρουν. Ποια πρέπει να είναι η στάση του γιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις; Αφού αποκλείσουμε τον παράγοντα του κόστους, που δεν είναι αμελητέος σήμερα, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι η γυναίκα είναι πλήρως ενημερωμένη για όλα τα δεδομένα. Αν είναι, τότε πρέπει να σεβαστούμε την επιλογή της και απλά να επιμεινουμε στην τακτική παρακολούθησή της. Στην τακτική παρακολούθησή της πρέπει να επιμεινουμε και στην περίπτωση των γυναικών που υποβλήθηκαν στον έλεγχο και αυτός ήταν αρνητικός, γιατί αυτό μόνο από την κληρονομική επιβάρυνση τις απαλλάσσει και όχι από τον κίνδυνο του γενικού πληθυσμού. Επαναλαμβάνω πως σε ό,τι αφορά τον μαστό, ερχόμαστε καθημερινά αντιμέτωποι με ζητήματα που άπτονται της φιλοσοφίας και της στάσης ζωής κάθε ανθρώπου.

Πώς παρακολουθούμαι;

Ένα θέμα στο οποίο επικρατεί

Όσοι σχεδιάζουν πολιτικές υγείας να κατανοήσουν πως η φύση της νόσου και η συχνότητά της δικαιολογούν τη λειτουργία εξειδικευμένων κέντρων στη βάση ενός σχεδιασμού, που δεν απαιτεί επιπλέον πόρους αλλά ορθή διάταξη και αξιοποίηση των υπαρχόντων.

σύγχυση, με ευθύνη και των γιατρών, η οποία επιτείνεται με την εισαγωγή κριτηρίων του ΕΟΠΥΥ, που δίνουν την αίσθηση ότι παίρνουν υπόψη περισσότερο το κόστος και όχι τα επιστημονικά δεδομένα. Παρά τις κατά καιρούς μεταβαλλόμενες οδηγίες, σήμερα υπάρχει μια συμφωνία τουλάχιστον για την έναρξη της παρακολούθησής με μαστογραφία. Η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται στα 35 έτη, ως εξέταση αναφοράς, και η επόμενη στα 40.

Πολλοί συνηθίζουν από εκεί και μετά ετήσια μαστογραφία και άλλοι συνηθίζουν τον ετήσιο έλεγχο από τα 45 και μετά. Διαφορετικές απόψεις υπάρχουν επίσης για τη συχνότητα της μαστογραφίας μετά τα 70, όπου πολλοί προτείνουν να γίνεται κάθε δύο χρόνια. Στο Τμήμα Μαστού του νοσοκομείου μας ακολουθούμε την οδηγία για πρώτη μαστογραφία στα 35, επόμενη στα 40, ετήσιο έλεγχο από τα 45 μέχρι τα 70 και κάθε δύο χρόνια από τα 70 και μετά. Τόσο στο διάστημα από τα 40 έως τα 45, όσο και στο διάστημα μετά τα 70, η οδηγία μπορεί να αλλάξει από τον γιατρό ανάλογα με τα κλινικά, τα μαστογραφικά ή άλλα δεδομένα.

Ένα λάθος που γίνεται συχνά από τις γυναίκες, είναι ότι, κάνοντας τις μαστογραφίες σύμφωνα με τις εκάστοτε δημοσιευόμενες οδηγίες, θεωρούν ότι παρακολουθούνται σωστά. Όμως, αν είναι κάτι που δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται, είναι η κλινική εξέταση από έναν έμπειρο γιατρό. Ούτε η μαστογραφία μόνο ούτε η κλινική εξέταση μόνο είναι επαρκείς. Το ολοκληρωμένο πρωτόκολλο παρακολούθησής περιλαμβάνει μαστογραφία σύμφωνα με τις οδηγίες και έτησι κλινική εξέταση από τα 35 και εφ'όρου ζωής.

Σκόπιμο είναι να ενθαρρύνουμε τις γυναίκες να αυτοεξετάζονται, μια και οι ίδιες γνωρίζουν καλύτερα το σώμα τους και μπορούν να εντοπίσουν αλλαγές νωρίτερα. Είναι όμως εντυπωσιακό ότι και σε αυτό το σημείο συναντάμε συχνά ψυχολογικές αντιστάσεις.

Οι πρόσθετες εξετάσεις, όπως το υπερηχογράφημα, το τριδιάστατο ή τετραδιάστατο υπερηχογράφημα, η ελαστογραφία, η μαγνητική τομογραφία, αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την περαιτέρω διερεύνηση μαστογραφικών ή κλινικών ευρημάτων, μόνο μετά από

παραγγέλια του κλινικού γιατρού. Σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν εξετάσεις προληπτικού ελέγχου. Μόνη εξαίρεση αποτελεί το υπερηχογράφημα για την παρακολούθηση καλοήθων ευρημάτων, σε γυναίκες νεαρής ηλικίας.

* Η Κατερίνα Μπεριάτου είναι χειρουργός, διευθύντρια ΕΣΥ στο Κέντρο Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου»

Και τώρα τι κάνουμε;

ΞΑΦΝΙΚΑ (ΠΑΝΤΑ ΕΙΝΑΙ ΞΑΦΝΙΚΑ), μια γυναίκα έρχεται αντιμετώπιση με τη νόσο. Μπορεί να είναι από τις γυναίκες που δεν είχαν κανέναν επιβαρυντικό παράγοντα, που τα έκαναν όλα σωστά από άποψη διατροφής και υγιεινού τρόπου ζωής, και όμως. Τώρα πρέπει να ληφθούν οι θεραπευτικές αποφάσεις. Ευτυχώς, σε αυτόν τον τομέα έχουμε και τα περισσότερα καλά νέα. Το θεραπευτικό οπλοστάσιο, όπως συνηθίζουμε να λέμε, εμπλουτίζεται συνεχώς με νέα αποτελεσματικά μέσα. Γι' αυτό και είναι ακόμη πιο επιτακτικό να τονίζουμε συνεχώς την ανάγκη της έγκαιρης διάγνωσης. Γιατί πλέον μπορούμε να μιλάμε για τον καρκίνο του μαστού ως ένα χρόνιο νόσημα. «Δυστυχώς», από το οπλοστάσιο δεν έχει βγει η μαστεκτομή. Και βάζω τη λέξη σε εισαγωγικά, γιατί, όσο ακρωτηριαστική, σωματική και ψυχική, κι αν είναι, σε αρκετές περιπτώσεις είναι και η μόνη και πλήρης θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, βέβαια, μια συντηρητική εκτομή, σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και/ή χημειοθεραπεία και/ή ορμονοθεραπεία, είναι αρκετή. Άλλωστε, ακόμη και αν υπάρχει ανάγκη για ολική μαστεκτομή, υπάρχει η δυνατότητα για αποκατάσταση σε πρώτο ή δεύτερο χρόνο. Πάντως, η θεραπεία επιλέγεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του όγκου, μακροσκοπικά και ιστολογικά, το ορμονικό του προφίλ, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική της κατάσταση ή τα πιθανά συνοδά προβλήματα υγείας.

Στη φάση αυτή είναι σημαντική η επιλογή του γιατρού. Οχι γιατί κάποιοι γιατροί είναι καλύτεροι από άλλους. Ευτυχώς, στη χώρα μας υπάρχει πολύ υψηλό επίπεδο επιστημονικού δυναμικού, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Είναι όμως η στιγμή που η σχέση με τον γιατρό γίνεται πιο στενή, αφού πρέπει να υπάρχει απόλυτη εμπιστοσύνη, ώστε η συμμόρφωση με τη θεραπεία να είναι συνειδητή και συνεπής. Είναι χρήσιμο να ενημερώνουμε τις γυναίκες ότι η θεραπεία τους απαιτεί χρόνο, σε μερικές περιπτώσεις θα είναι κουραστική, ακόμη και επώδυνη αλλά θα είναι θεραπεία.

Μπορεί αυτό να ακούγεται ως αντικείμενο ενός ειδικού, που θα αναλάβει την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς, πράγμα που είναι χρήσιμο, αν όχι απαραίτητο, σε οργανωμένα κέντρα, σε κάθε περίπτωση όμως ο ρόλος του θεράποντος ιατρού είναι αναντικατάστατος.

Λεμφαδένες
Θηλή
Θηλαία άλω

Θωρακικό τοίχωμα
Λιπώδης ιστός
Μυς
Λοβός
Γαλακτοφόροι αγωγοί
Θηλαία άλω
Θηλή
Λοβοί του μαστικού αδένος
Πλευρά

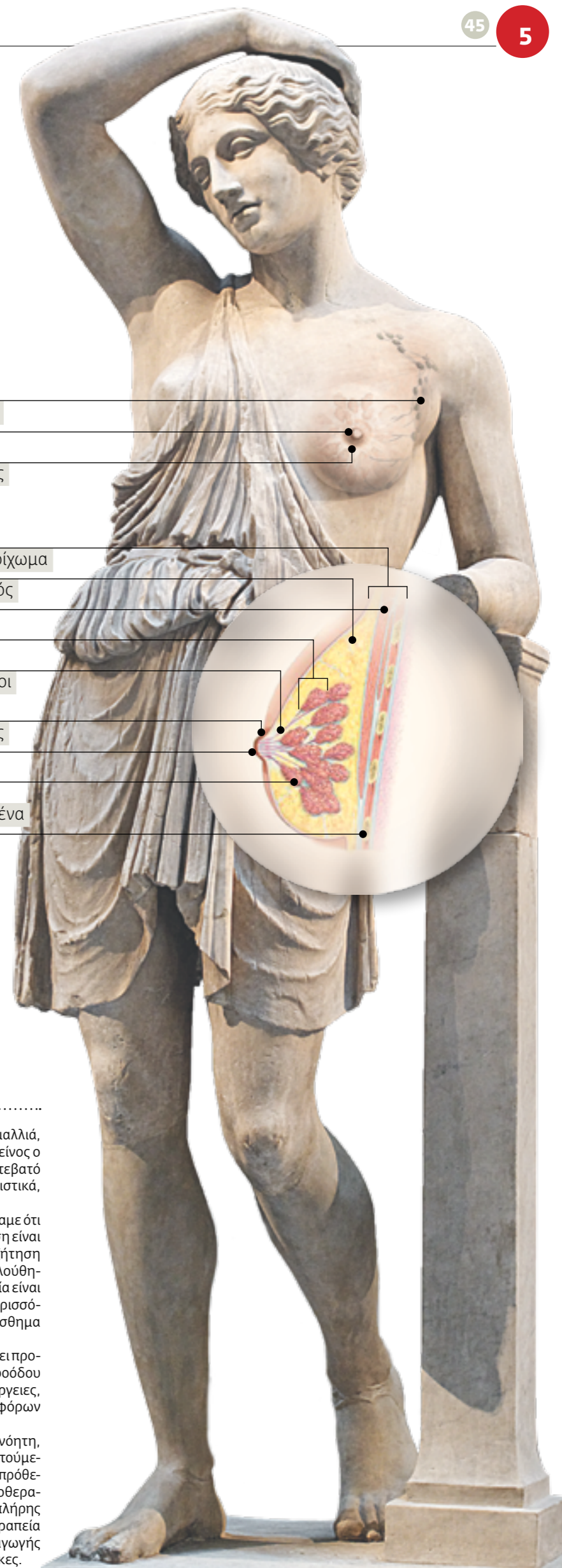
Και μετά τι γίνεται;

«Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΕΛΕΙΩΣΕ, οι δυνάμεις ανακάμπτουν, τα μαλλιά, αν είχαν πέσει, ξαναβγαίνουν και η ζωή περιμένει. Και εκείνος ο γιατρός επιμένει να με βλέπει κάθε τρεις μήνες, με ένα κατεβατό εξετάσεων, που μόνο για να τις κάνω πρέπει να πάρω ημερησίως, πολύ περισσότερο να περιμένω τι θα δείξουν».

Δυστυχώς, δεν μπορούμε να κάνουμε κάτι γι' αυτό. Είπαμε ότι πρόκειται για ένα χρόνιο νόσημα, οπότε η παρακολούθησή είναι απαραίτητη. Υπάρχει βέβαια και στον ιατρικό κόσμο συζήτηση για το ποιες εξετάσεις είναι απαραίτητες για την παρακολούθησή. Επιστημονικά τεκμηριωμένο είναι ότι μια μαστογραφία είναι αρκετή. Όμως δεν έχει γίνει οδηγία και φαίνεται ότι οι περισσότερες εξετάσεις παρέχουν μεγαλύτερο, αν και ψευδές, αίσθημα ασφάλειας σε γιατρούς και ασθενείς.

Αξίζει όμως να δοθεί έμφαση σε ένα πρόβλημα που έχει προκύψει τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα της μεγάλης πρόόδου στις θεραπείες. Και το πρόβλημα αυτό αφορά τις παρενέργειες, άμεσες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες των διαφόρων θεραπειών.

Μερικά χρόνια πριν, αυτή η συζήτηση θα ήταν ακατανόητη, μια και η παράταση της επιβίωσης ήταν σχεδόν το μόνο ζητούμενο. Σήμερα που η επιβίωση είναι δεδομένη, οι μεσο-μακροπρόθεσμες παρενέργειες των χημειοθεραπειών και των ορμονοθεραπειών είναι αντικείμενο έρευνας. Κι εδώ είναι χρήσιμη η πλήρης ενημέρωση, επειδή πολλές γυναίκες παίρνουν ορμονοθεραπεία για διάστημα μέχρι και 10 χρόνια και οι παρενέργειες της αγωγής είναι η μόνη «οσορήματα» σε, κατά τα άλλα, υγιείς γυναίκες.





«Χτύπημα» κάτω απ' τη ζώνη

Η ανδρόπαυση οφείλεται σε έλλειψη ανδρογόνων και είναι το ανάλογο της εμμηνόπαυσης των γυναικών. Αφορά άνδρες άνω των 50 ετών, με συμπτώματα στις φυσικές, ψυχολογικές και σεξουαλικές λειτουργίες τους, τις οποίες κάποιες φορές δεν εξομολογούνται. Όλα μπορούν να αντιμετωπιστούν, αρκεί να εξετάζονται και να αναζητούν ουσιαστική ιατρική βοήθεια

Του **Δημήτρη Ν. Παπαχρήστου***

Σε αντιδιαστολή με τη γυναίκα, που αδυνατεί να τεκνοποιήσει μετά την εμμηνόπαυση, ο άνδρας απολαμβάνει αυτό το προνόμιο μέχρι το βαθύ γήρας. Όμως η ηλικία δεν φαίνεται να αφήνει ανέγγιχτη και τη γοναδική λειτουργία του άνδρα. Πτώση του ερωτικού ενδιαφέροντος (libido), δυσκολίες στη στύση, μυϊκή αδυναμία, οστική αραίωση και αλλοιώσεις στην ψυχολογία συναρμολογούν μια κλινική κατάσταση που συχνά απαντάται σε άνδρες άνω των 55-60 ετών.

Με την υπόθεση ότι αυτή οφείλεται σε έλλειψη ανδρογόνων, αποδόθηκε, κατ' αναλογία προς την εμμηνόπαυση, με τον όρο «ανδρόπαυση». Διάφοροι άλλοι όροι έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί, όπως π.χ. «ανδρική κλιμακτήριος», «μερική» ανδρογονική κάμψη στον ηλικιωμένο άνδρα» (ADAM ή PADAM), ή «όψιμης εμφάνισης μερικός υπογοναδισμός» (LOH).

Γεννητικό σύστημα άρρενος

Ο όρχις παράγει αφενός σπερματοζώαρια, αφετέρου ανδρικές ορμόνες, κυριότερη των οποίων είναι η τεστοστερόνη (Τ). Η λειτουργία του ρυθμίζεται από την υπόφυση (μέσω έκκρισης των γοναδοτροπινών LH και FSH), που με τη σειρά της ρυθμίζεται από τον υποθάλαμο (μήνιμα του εγκεφάλου).

Η Τ κυκλοφορεί στο αίμα συνδεδεμένη με πρωτεΐνες, όπως είναι η SHBG, αλλά δρα μόνο στην ασύνδετη μορφή της (FT) σε διάφορα όργανα. Έτσι π.χ. προάγει τη libido, τη δυναμικότητα, τη διάνοηση και τη μνήμη (εγκέφαλος). Ευθύνεται για τη «βραία» φωνή (λάρυγγας), την «ανδρική» σωματική διάπλαση (σκελετός) και την τριχοφυΐα (δέρμα). Μειώνει την παραγωγή SHBG και HDL – χοληστερόλης (ήπαρ).

Αυξάνει την ερυθροποιητίνη (νεφρός) και τον αιματοκρίτη (μυελός οστών) καθώς και το

μέγεθος και την έκκριση του προστάτη. Μεγαλώνει τη μυϊκή μάζα και τη δύναμη (μύες). Προάγει την ανάπτυξη όρχων, τη σπερματογένεση και τη στύση.

Αυτή συνιστά πολύπλοκο φαινόμενο: ο εγκέφαλος λαμβάνει και επεξεργάζεται ερωτικά ερεθίσματα και τα μετατρέπει σε νευρικές ώσεις. Αυτές οδεύουν κατά μήκος του νωτιαίου μυελού μέσω των αυτόνομων νευρικών ινών στο πέος. Εκεί, συστέλλουν τις λείες μυϊκές ίνες των σπραγγωδών σωμάτων που γεμίζουν αίμα επιτυγχάνουν τη στύση.

Ανδρογόνα και ηλικία

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική πτώση της Τ που φτάνει ως το 50% σε άνδρες μεταξύ 50 – 80 ετών. Καθώς οι συγκεντρώσεις SHBG αυξάνουν παράλληλα, η πτώση της FT είναι μεγαλύτερη. Όμως σπάνια η πτώση αυτή φτάνει σε επίπεδα υπογοναδισμού. Ακόμη, υπάρχουν μεγάλες διαφορές σταθμών FT μεταξύ ομηλικών ατόμων. Παρ' ότι ο όγκος του σπέρματος επίσης μειώνεται, έχει περιγραφεί γονιμότητα σε άνδρες μέχρι ηλικίας 95 ετών. Σε αντίθεση με την εμμηνόπαυση που συνοδεύεται από αύξηση της LH και της FSH, στην ανδρόπαυση οι ορμόνες αυτές είναι συχνά μειωμένες υπογορευόντας ότι η «έκπτωση» αφορά όλο τον γοναδικό άξονα και όχι ειδικά τους όρχεις.

Ελλειψη Τ

Προκαλείται είτε από βλάβη στους όρχεις είτε από αλλοιώσεις του γοναδικού άξονα (π.χ. στην υπόφυση ή στον υποθάλαμο). Χαμηλή Τ μπορεί να βρεθεί σε ποικίλες καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το μεταβολικό σύνδρομο, η νεφρική ή η αναπνευστική ανεπάρκεια, ο καρκίνος, διάφορες χρόνιες λοιμώξεις και φλεγμονές. Ελλειψη Τ μπορεί να βρεθεί επίσης σε άνδρες με στυτική δυσλειτουργία

ή/και μεγάλη ηλικία.

Στυτική δυσλειτουργία

Προκαλείται από ποικίλα αίτια όπως: νευρολογικά (π.χ. αυτόνομη νευροπάθεια), αγγειακά (π.χ. απόφραξη αρτηριών), ενδοκρινικά (π.χ. υπερ- και υπο-θυρεοειδισμός, υπογοναδισμός, επινεφριδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης), ουρογεννητικά (π.χ. τραύμα, ευνουχισμός), συστηματικές νόσους (π.χ. πατιική κίρρωση, καρδιακή ανεπάρκεια), μετα-χειρουργικά (π.χ. συμπαθητομή, προστατεκτομή), φάρμακα (π.χ. οιστρογόνα, αντιανδρογόνα, αντικαταθλιπτικά, ψυχοτρόπα, καπνός, αλκοόλ) και ψυχολογικά (π.χ. κατάθλιψη).

Κλινική εικόνα LOH

Εκδηλώνεται με εύκολη κόπωση, μείωση «ζωτικότητας», μείωση libido, διαταραχές στύσης ή εκσπερμάτισης, μυϊκή αδυναμία – απώλεια μυϊκής μάζας, απώλεια ύψους, τριχόπτωση, αύξηση βάρους, κατάθλιψη – εξάψεις, ευερεθιστότητα.

Επιδημιολογία LOH

Η ακριβής επίπτωση LOH στον πληθυσμό παραμένει άγνωστη, καθώς πολλοί άντρες δεν ομολογούν τη σεξουαλική τους κάμψη. Γνωρίζουμε όμως ότι η Τ μειώνεται κατά 1% κατ' έτος μετά τα 50 έτη. Παθολογικά χαμηλή Τ βρίσκεται στο 20% των ανδρών μετά τα 60 έτη και στο 40% των ανδρών μετά τα 75 έτη.

* Ο Δημήτρης Ν. Παπαχρήστου είναι αν. καθηγητής Ενδοκρινολογίας στο ΔΠΘ, ενδοκρινολόγος και παθολόγος/διαθητολόγος PDF Yale Univ (USA) και Mc Gill (CANADA), διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής Θεραπευτηρίου Metropolitan και σύμβουλος Ουασέιου Καρδιοχειρουργού Κέντρου



Διάγνωση

ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ αναζητούνται άλλες παθήσεις (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, λήψη φαρμάκων κ.ά.) και συμπτώματα του LOH. Βοηθητικά σ' αυτό είναι ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια (π.χ. ADAM κ.ά.) τα οποία καλείται να συμπληρώσει ο ασθενής. Η φυσική εξέταση, μεταξύ άλλων, θα αξιολογήσει την τριχοφυΐα, τη σύσταση και το μέγεθος των όρχων, τον προστάτη, το σωματικό βάρος, τη μυϊκή μάζα αλλά και τυχόν άλλα παθολογικά στοιχεία.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, θυρεοειδικές ορμόνες, υποφυσιακές ορμόνες (TSH, FSH, LH, PRL), γεννητικές ορμόνες (FT ή T, SHBG και E2) και επίσης αιματοκρίτη, σάκχαρο, λιπίδια όπως και τον προσδιορισμό οστικής μάζας (DEXA).

Αντιμετώπιση

Η ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ μπορεί να αντιμετωπιστεί (α) με φάρμακα (π.χ. Cialis, Viagra κ.ά.) ή σπανιότερα με ενδοσηραγγώδεις ενέσεις, πεικές προθέσεις ή β) με ειδικά μέσα όπως η αντιμετώπιση των υποκείμενων αιτιών, η ψυχολογική στήριξη – ψυχοθεραπεία και η χορήγηση Τ. Η Τ χορηγείται ως ενέσιμη ή ως αυτοκόλλητο ή ως γέλη και μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα, αποκαθιστώντας τη σεξουαλική δραστηριότητα, την ψυχική διάθεση και τη διάνοηση.

Σε συνδυασμό με κατάλληλη διατροφή και άσκηση μειώνει το σπλαχνικό λίπος και αναστέλλει την απώλεια οστού. Η οστεοπόρωση αντιμετωπίζεται ακόμη με ασβέστιο και VitD3 και με φάρμακα που αυξάνουν τον οστικό οστό. Απόλυτες αντενδείξεις της χορήγησης Τ είναι ο καρκίνος του προστάτη και του μαστού. Σχετικές αντενδείξεις της είναι η άπνοια ύπνου, η πολυερυθραιμία και η γυναικομαστία. Σε αντίθεση με τη μέχρι πρότινος άποψη, η χορήγηση Τ σε ορισμένες καρδιοπάθειες μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά

ΑΝΔΡΟΠΑΥΣΗ (ή LOH) είναι η προοδευτική εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων, φυσικών, ψυχολογικών και σεξουαλικών στον άνδρα άνω των 50 ετών από σχετική ένδεια ανδρογόνων. Ο άνδρας μετά την ηλικία αυτή (ή νωρίτερα αν υπάρχει λόγος) πρέπει να εξετάζεται. Η ιατρική μπορεί να του προσφέρει ουσιαστική βοήθεια για να έχει υγεία και καλή ζωή.

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΜΟΡΦΙΑ ΕΧΕΙΣ ΤΟΝ ΠΙΟ ΙΣΧΥΡΟ ΣΥΜΜΑΧΟ

Collagen Pro-Active

Το πέρασμα του χρόνου & η ηλικιακή ακτινοβολία σου στερούν το πολύτιμο κολλαγόνο του οργανισμού σου. Το Collagen Pro-Active σου το επιστρέφει με 100% φυσικό τρόπο!



Πόση

ποσότητα χρειάζομαι καθημερινά; Μία δόση αρκεί για να βελτιώσετε άμεσα την Υγεία και την Ομορφιά σας, γιατί είναι 50 φορές πιο ισχυρή και αποτελεσματική από ένα τυπικό χάπι κολλαγόνου.

Πού

κάνει καλό;

- Μειώνει τον πόνο και τις φλεγμονές των αρθρώσεων
- Βοηθά στην ανάπλαση του χόνδρου
- Στην οστεοπόρωση
- Λιπαίνει με φυσικό τρόπο τις αρθρώσεις και μειώνει τη δυσκαμψία τους
- Χτίζει γερές αρθρώσεις και οστά
- Επιταχύνει την επούλωση τραυματισμών
- Βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου
- Στην ελαστικότητα των αιμοφόρων αγγείων
- Στην καλύτερη υγεία των καπνιστών
- Στην αντιμετώπιση της ψωρίασης

Τί

περιέχει το Collagen Pro Active;

Υδρολυμένα πεπτιδία Κολλαγόνου, Βιταμίνες B1, B2, B5, B6, Μαγνήσιο, Πυρίτιο: Τα «όπλα» σας για να αποκτήσετε εύκολα και σωστά καλύτερη Υγεία & περισσότερη Ομορφιά

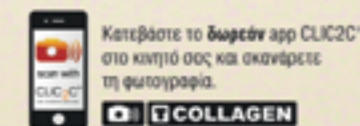
Πώς

μας κάνει πιο όμορφους;

Χαρίζει άμεσα

- Υγιές μαύρισμα (B-complex)
- Σφριγηλή, Νεανική Επιδερμίδα
- Μείωση ρυτίδων
- Μείωση των ουλών από ακμή
- Κάψιμο λίπους
- Μείωση κυτταρίτιδας
- Μείωση τριχόπτωσης
- Γερά Νύχια
- Λαμπερά & δυνατά Μαλλιά

ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 23 ΓΙΑ ΑΝΤΡΕΣ & ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Γιατί να το εμπιστευθείς;

Το κολλαγόνο τύπου II είναι το μοναδικό με πλάτιστα ευρεσιτεχνίας για ανασύσταση χόνδρου αρθρώσεων από το Αμερικανικό F.D.A. (1999) Το Collagen Pro-Active διαθέτει Αρ. Γν. Ε.Ο.Φ. 78511/18-11-2010.

ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

Γραφεία: Νεοχωρίου 3, Βύρωνας Τ.Κ.16231, Τηλέφωνα επικοινωνίας: 8013003100 (αστική χρέωση) & 21300 81013, fax: 2118005435 www.collagenpower.gr, email: info@collagenpower.gr

Drink Collagen for Health & Beauty



50
χρόνια
στην Ελλάδα

Όταν χαμογελάς, χαμογελάω.

Στην Pfizer, τη μεγαλύτερη βιο-φαρμακευτική εταιρία παγκοσμίως, ανακαλύπτουμε από το 1849 πρωτότυπα φάρμακα προσφέροντας στους γιατρούς τα μέσα να θεραπεύουν εκατομμύρια ανθρώπους.

Όταν συνεχίζετε να εμπιστεύεστε τα φάρμακά μας, συνεχίζουμε να ανακαλύπτουμε νέες θεραπείες.



Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

www.pfizer.gr