

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΤΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
Μια προσφορά του
Πολυιατρείου
L-Medical Λουτρακίου



☎ 27440.26400

✉ info@l-medical.gr

🌐 www.l-medical.gr

📍 Ελ. Βενιζέλου & Μεγ. Αλεξάνδρου



L. Medical
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ

*Γράφει ο Κασσάρας Γεώργιος
Γενικός Χειρουργός
Επιστημονικά Υπεύθυνος Χειρουργικού
Τμήματος του Πολυιατρείου L.Medical
Λουτρακίου*

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του Μαστού:

1. Ηλικία (μέση ηλικία τα 60 έτη)
2. Ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού
3. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, μήτρας ή ωθήκης σε μητέρα, αδελφή ή κόρη
4. Επιβαρυσμένο γενετικό ιστορικό (μετάλλαξη ογκογονιδίων BRACA1, BRACA2)
5. Πρώιμη εμμηναρχή (ηλικία κάτω των 12 ετών)
6. Παρατεταμένη εμμηνόπαυση (ηλικία άνω των 55 ετών)
7. Μη κύηση (άτεκνες γυναίκες)
8. Ολοκλήρωση πλήρους κύησης μετά το 35 έτος
9. Ατομικό ιστορικό ακτινοθεραπείας
10. Χρήση αντισυλληπτικών ή ορμονικών σκευασμάτων υποκατάστασης όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου
11. Αλκοόλ, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, έλλειψη σωματικής άσκησης

Πως μπορεί μία γυναίκα να εντοπίσει έγκαιρα τον καρκίνο του μαστού;

Ο καλύτερος τρόπος για να εντοπισθεί νωρίς ένα μόρφωμα είναι οι τακτικές μαστογραφίες. Το μέσο μέγεθος του μορφώματος που εντοπίζεται με τη μαστογραφία είναι συνήθως πολύ μικρότερο από αυτό που εντοπίζει μία γυναίκα με αυτοεξέταση. Επίσης η μαστογραφία ανιχνεύει τις συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις (ασβεστώσεις), που μπορεί να υποκρύπτουν αρχόμενο καρκίνο. Επειδή η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε αποτελεσματική θεραπεία έως και ίαση της νόσου, πρέπει όλες οι γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, να υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο. Σχεδόν όλες οι γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο στον μαστό.

Όλες οι γυναίκες ηλικίας άνω των 20 ετών θα πρέπει να ψηλαφούν τους μαστούς τους μία φορά το μήνα. Οι προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να αυτοεξετάζονται 7-8 ημέρες μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης. Τα συνηθέστερα ευρήματα κατά την αυτοεξέταση για τα οποία θα πρέπει άμεσα να απευθυνθείτε στον ιατρό σας είναι ξαφνική διόγκωση και ασυμμετρία των μαστών, ψηλάφηση σκληρού και συνήθως ανώδυνου ογκιδίου στον μαστό ή στην μασχάλη, εισολκή του δέρματος ή της θηλής, αλλαγές στην μορφολογία του δέρματος και έκκριση αιματηρού ή διαφανούς υγρού από την θηλή. Κάθε νέο ή ύποπτο εύρημα θα πρέπει να το αναφέρετε άμεσα στον ιατρό σας.

Εργαστηριακές εξετάσεις για την διερεύνηση παθήσεων των μαστών

1. Μαστογραφία
2. Ψηφιακή μαστογραφία (45% λιγότερη ακτινοβολία από την αναλογική μαστογραφία)
3. Υπερηχογράφημα μαστών (συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας)
4. Ελαστογραφία μαστών
5. Μαγνητική τομογραφία μαστών
6. Βιοψία με μαμοτόμο και ιστολογική εξέταση
7. Βιοψία με λεπτή βελόνα ή κόπτουσα βελόνα με σύγχρονο υπερηχογράφημα και κυτταρολογική ή ιστολογική εξέταση του περιεχομένου
8. Γενετικό τεστ στις γυναίκες που έχουν βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Για την ανίχνευση των μεταλλάξεων στα BRCA γονίδια, χρησιμοποιείται το DNA των λευκοκυττάρων. Τα γονίδια υπάρχουν σε κάθε κύτταρο του σώματος και μπορούν εύκολα να ανιχνευθούν μέσω ενός απλού δείγματος αίματος που λαμβάνεται από την φλέβα ενός χεριού.

Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του Μαστού

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την περιορισμένη αφαίρεση του μαστού (την ογκεκτομή, την ευρεία εκτομή, την τεταρτεκτομή) ή την ολική αφαίρεση του μαστού. Η επιλογή της εγχείρησης γίνεται ανάλογα με το μέγεθος και την θέση του όγκου στον μαστό.

Επίσης η εγχείρηση περιλαμβάνει και την αφαίρεση των φρουρών λεμφαδένων (δύο

με τρεις) της σύστοιχης μασχάλης. Κάθε περιοχή του μαστού αποχετεύει τη λέμφο της σε ένα λεμφαδένα της μασχάλης που λέγεται «φρουρός λεμφαδένας». Αν αναπτυχθεί καρκίνος σε κάποια περιοχή του μαστού, η μετάσταση του θα κατευθυνθεί αρχικά στον αντίστοιχο φρουρό λεμφαδένα της. Προεγχειρητικά γίνεται ένεση στον πάσχοντα μαστό μικρής ποσότητας ειδικού φαρμάκου, που εκπέμπει πολύ ασθενή ραδιενέργεια και με φορητή γ-κάμερα γίνεται στο χειρουργείο, ο εντοπισμός του φρουρού λεμφαδένα. Ο συνδυασμός ραδιοϊσοτόπου και κυανής χρωστικής είναι μία άριστη τεχνική που εκμεταλλεύεται τα πλεονεκτήματα και των δύο μεθόδων για την ασφαλή ανίχνευση του φρουρού λεμφαδένα του όγκου. Πριν λίγα χρόνια, υπήρχε ή δεν υπήρχε νόσος στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, γινότανε ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης. Η επέμβαση αυτή είχε επιπλοκές όπως λεμφοίδημα στο σύστοιχο χέρι, διαταραχές κινητικότητας του ώμου και υπαισθησία στην περιοχή της μασχάλης από κακώσεις νεύρων. Με την τεχνική του φρουρού λεμφαδένα αποφεύγονται οι ανωτέρω επιπλοκές και η άσκοπη αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης.

Συμπληρωματική μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του Μαστού

Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει την λήψη φαρμάκων που καταστρέφουν οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα του μαστού ή οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα που μπορεί να έχουν εξαπλωθεί σε άλλα μέρη του σώματος, αλλά δεν μπορούν να ανιχνευθούν. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος χημειοθεραπείας είναι με ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων, ενώ μερικά φάρμακα λαμβάνονται και ως δισκία. Η χημειοθεραπεία συνήθως χορηγείται σε κύκλους, μέσα σε περίοδο 3-6 μηνών. Αν υπάρχουν παρενέργειες από την χημειοθεραπεία, είναι συνήθως παροδικές και μπορούν να αντιμετωπισθούν ιατρικά.

Η ορμονοθεραπεία χορηγείται επιπρόσθετα με τις άλλες μορφές θεραπείας, με σκοπό την διακοπή του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Η θεραπεία αυτή μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης νέου καρκίνου του μαστού είτε στον ένα είτε στον άλλο μαστό. Η ορμονοθεραπεία δίδεται μόνο στις γυναίκες που έχουν υποδοχείς ορμονών στα καρκινικά τους κύτταρα. Ενεργούν αλλάζοντας τον τρόπο με τον οποίο ενεργούν οι γυναικείες ορμόνες (τα οιστρογόνα) μέσα στο σώμα.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ελεγχόμενες δόσεις ακτινοβολίας για να καταστρέψει οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα ενδεχομένως έχουν απομείνει στον μαστό, μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού.

Η ανοσοθεραπεία χορηγείται σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, σε ασθενείς που στα καρκινικά τους κύτταρα ανιχνεύεται η κωδικοποίηση ενός ογκογονιδίου, το οποίο τα καθιστά ιδιαίτερα ανθεκτικά στη χημειοθεραπεία.

Σπάνιες περιπτώσεις καρκίνου Μαστού σε έκτοπο μαζικό αδένα

Έκτοπος μαζικός αδένας εμφανίζεται σε ποσοστό 0,2% - 6% των γυναικών. Εμφανίζεται σαν υπεράριθμος έκτοπος ατροφικός μαστός με θηλή και θηλαία άλω και με εκκριτικό σύστημα πόρων. Επίσης εμφανίζεται σαν έκτοπες νησίδες μαζικού

ιστού. Συνήθως έκτοπες νησίδες μαζικού ιστού ανευρίσκονται εγγύτερα στους ανατομικά φυσιολογικούς μαστούς και συχνότερα στην μασχαλιαία χώρα, σπανιότερα στην προστερνική χώρα, υποκλείδιο χώρα και στο επιγάστριο. Το καρκίνωμα του έκτοπου μαζικού αδένου είναι σπάνιο με συχνότητα περίπου 0,30% επί του συνόλου των καρκινωμάτων μαστού. Τα περισσότερα έχουν αναφερθεί στην μασχάλη (60 – 70%), στον θώρακα, στην προστερνική περιοχή 10%. Εξαιτίας της σπανιότητας της νόσου, η διάγνωση είναι συνήθως καθυστερημένη με λεμφαδενική συμμετοχή ή τοπική επέκταση (διήθηση) οστικών σχηματισμών όπως στέρνο ή πλευρές.

Κύστεις, ινοαδενώματα, μολύνσεις

Το 99% των γυναικών σκέφτονται κατά καιρούς την πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Ελάχιστες είναι όμως αυτές που γνωρίζουν, ότι ο όγκος που ίσως κάποια στιγμή ανακαλύψουν στο στήθος έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να είναι κάτι άλλο παρά καρκίνος του μαστού. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση των καλοθών προβλημάτων στον μαστό είναι η κληρονομικότητα, η διατροφή, το περιβάλλον και βέβαια ο ρόλος των ορμονών. Είναι πιο συχνές οι καλοήθεις παθήσεις στην εφηβεία μέχρι περίπου την ηλικία των 23 ετών, μία εποχή που οι γυναικείες ορμόνες αυξάνονται, όπως επίσης και μετά στην χρονική περίοδο πριν την εμμηνόπαυση. Όπως με όλα τα προβλήματα του μαστού, έτσι και σε αυτή την περίπτωση η καλύτερη πρόληψη είναι ο μηνιαίος αυτοέλεγχος.

Κύστεις: είναι πιο συχνές στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες άνω των τριάντα ετών. Αν και είναι γεμάτες υγρό, συχνά στην αφή μοιάζουν με σκληρούς όγκους. Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν μία ή δύο φορές στη ζωή τους αυτό το πρόβλημα. Άλλες πάλι το εμφανίζουν πολύ πιο συχνά. Εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε γυναίκες που έχουν ανώμαλο κύκλο. Οι πολύτοκες γυναίκες φαίνεται πως παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο για κυστική νόσο. Με μεγαλύτερη συχνότητα προσβάλλει τις γυναίκες τις αγχώδεις, τις άγαμες ή στείρες και γενικά τις γυναίκες εκείνες που έχουν όλες τις προϋποθέσεις για ωθητική δυσλειτουργία. Κατά την κλινική εξέταση, οι μαστοί παρουσιάζονται οζώδεις, δηλαδή ψυλαφώνται πολλά μικρά σφαιρικά ογκίδια και οι μαστοί είναι σκληροί. Το μέγεθος και ο αριθμός των κύστεων μέσα στο μαστό ποικίλλει.

Οι καρκινογόνες μάζες αντίθετα είναι σκληρές με ασαφή όρια, δεν κουνιούνται εύκολα και δίνουν την αίσθηση πως είναι κολλημένες σε άλλους ιστούς. Τα καρκινογόνα ογκίδια συνήθως δεν προκαλούν πόνο, ενώ οι κύστεις πολλές φορές μπορεί να συνοδεύονται από μαστοδυνία, δηλαδή πόνο των μαστών. Πολλές φορές, όταν η κύστη βρίσκεται στην περιοχή κοντά στην θηλή, βρίσκει διέξοδο από κάποιο πόρο και υπάρχει έκκριση υγρού χρώματος γκρι, κίτρινου, καφέ ή γκριζοπράσινου.

Ινοαδενώματα: είναι σταθεροί καλοήθεις όγκοι από ινώδεις ιστούς. Συχνά έχουν σχέση με τις ορμονικές αλλαγές που δημιουργούνται στην διάρκεια της εφηβείας. Εμφανίζονται πιο συχνά σε γυναίκες κάτω των 25 ετών και το μέγεθός τους ποικίλει. Συνήθως αφαιρούνται για να αποκλειστεί η παραμικρή πιθανότητα κακοήθειας. Μοιάζουν με τα ινοαδενώματα ψυλαφητικά και ακτινολογικά μία άλλη μορφή όγκων

οι φυλλοειδείς όγκοι. Συνήθως εμφανίζονται στην Τρίτη με τέταρτη δεκαετία και έχουν μεγάλη πιθανότητα μετά την αφαίρεση τοπικής υποτροπής. Σε ινοαδενώματα μεγαλύτερο των 30 χιλιοστών και με πολύ ταχύ ρυθμό ανάπτυξης πρέπει να υπάρχει υποψία για φυλλοειδή όγκο. Σχεδόν στο ένα τρίτο των ασθενών με φυλλοειδή όγκο συνυπάρχουν και ινοαδενώματα. Πριν το χειρουργείο, όταν υπάρχει υποψία για φυλλοειδή όγκο, πρέπει να γίνεται βιοψία με κόπτουσα βελόνα και να λαμβάνεται πάνω από ένα δείγμα.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες των φυλλοειδών όγκων. Σε καλοήθεις, σε κακοήθεις που συμπεριφέρονται όπως και τα σαρκώματα και σε μία τρίτη κατηγορία την λεγόμενη οριακή. Ο επανεμφανιζόμενος φυλλοειδής όγκος είναι συνήθως υψηλότερου βαθμού κακοήθειας. Θεραπεία είναι η ευρεία τοπική εκτομή σε ελεύθερα νόσου όρια. Γίνεται ολική μαστεκτομή σε ευμεγέθεις φυλλοειδείς όγκους όπως επίσης και σε επανεμφάνιση τους μετά από προηγούμενο χειρουργείο. Ο νέος όγκος συνήθως έχει υψηλότερο βαθμό κακοήθειας.

Μολύνσεις: μπορούν να εμφανιστούν χωρίς καμία διάκριση, είναι όμως πιο συχνές στις γυναίκες που θηλάζουν, αφού η κατάστασή τους επιτρέπει την είσοδο βακτηριδίων στους μαστούς. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν μία μικρή ή μεγάλη κοκκινίλα με πόνο και μερικές φορές εκροή υγρών από τη θηλή.

Θήλωμα Μαστού

Το θήλωμα αποτελεί καλοήθη πάθηση του μαστού που οφείλεται στην υπερπλασία των κυττάρων που βρίσκονται εντός των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού. Το θήλωμα εντοπίζεται συχνότερα στην περιοχή πίσω από την θηλή και είναι ένα από τα συχνότερα αίτια ρύσης οροαιματηρού υγρού από τη θηλή. Τα θηλώματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Ο πιο συνήθης τρόπος να παρακολουθούμε τα θηλώματα είναι το υπερηχογράφημα. Όταν μεγαλώνουν σε μέγεθος και προκαλούν αιμοραγική ρύση από την θηλή, πρέπει να αφαιρούνται χειρουργικά γιατί μπορεί να υποκρύπτουν καρκίνωμα του μαστού.

Αποκατάσταση του Μαστού μετά από Μαστεκτομή

Είναι η εκ νέου ανάπτυξη του μαστού που αφαιρέθηκε με μαστεκτομή. Μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή ή σε δεύτερο χρόνο μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι αποκατάστασης, άλλοι πιο απλοί και άλλοι πιο περίπλοκοι που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση. Γίνεται αποκατάσταση με διαστολέα ιστών. Μπορεί να γίνει αποκατάσταση με κρημνούς, όπως του πλατέως ραχιαίου μυός, του ορθού κοιλιακού μυός. Συνήθως ο άλλος μαστός μπορεί να χρειάζεται είτε μείωση, είτε αύξηση, είτε ανόρθωση για να υπάρχει συμμετρία μεταξύ των δύο μαστών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γυναίκες που βρίσκονται στις υψηλές ομάδες κινδύνου θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο κυρίως μετά τα 35 έτη της ηλικίας τους. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται μία φορά κάθε μήνα. Κάποια αλλαγή στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού, κάποιο εξόγκωμα, η εισολκή της θηλής, η έκκριση υγρού από την θηλή και μάλιστα αιματηρού, θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τη γυναίκα να επισκεφθεί τον ιατρό της. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι ο πόνος δεν είναι ειδικό σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού στα αρχικά στάδια.

ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ (Ινοκυστικές αλλοιώσεις Μαστών)

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί καλοήγη πάθηση του μαστού, που μπορεί να θεωρηθεί ορμονοεξαρτώμενη, γιατί εμφανίζεται στη γενετησιακή ηλικία της γυναίκας, γιατί είναι αμφοτερόπλευρη, γιατί η κλινική της πορεία ακολουθεί την ωοθηκική δραστηριότητα και γιατί η χορήγηση ορμονών περιλαμβάνεται στη θεραπεία της αν απαιτηθεί.

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη πάθηση του μαστού της γυναίκας ηλικίας 35 έως 50 ετών. Η συχνότητα της φτάνει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Πάνω από 15-20 στις 100 γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα της πάθησης πριν εγκατασταθεί σε αυτές η εμμηνόπαυση. Μετά την εμμηνόπαυση και πριν την ηλικία των 21 ετών η πάθηση σπανίζει.

Προδιαθεσικοί παράγοντες. Πιστεύεται, πως οι παρακάτω παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση της πάθησης.

1. Η καθυστερημένη εμμηναρχή
2. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, δηλαδή η συχνότητα της πάθησης είναι αυξημένη στις ανώτερες τάξεις, σε γυναίκες πόλεων, σε πνευματικά αναπτυγμένες και σε όσες μεταναστεύουν. Η παχυσαρκία ελαττώνει τη συχνότητα.
3. Η ψυχική υπερένταση και το άγχος.
4. Η κατάχρηση πομάτων πλούσιων σε μεθυλξανθίνες, όπως είναι το τσάι, η σοκολάτα, ο καφές, η κόκα-κόλα.
5. Η αγαμία, η ατεκνία ή η απόκτηση ενός μόνο παιδιού, γιατί οι πολύτοκες σπάνια πάσχουν από ινοκυστική μαστοπάθεια.
6. Η παρατεταμένη υπεριοιστρογοναιμία, που οφείλεται σε έκκριση ή χορήγηση οιστρογόνων ορμονών ή σε ελαττωματική έκκριση προγεστερόνης, μπορεί να θεωρηθεί προδιαθεσικός παράγοντας, γιατί οδηγεί σε πολλαπλασιασμό των κυττάρων και αποδιοργάνωση της ιστολογικής αρχιτεκτονικής του μαστού.

Σχέση με καρκίνο. Αυτή αποτελεί πρόβλημα, που παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον, γιατί δεν δόθηκε υπεύθυνη λύση στο επίμαχο θέμα αν και κατά πόσο η ινοκυστική μαστοπάθεια, σε μερικούς τουλάχιστον ιστολογικούς τύπους, μπορεί να θεωρηθεί

δυσνητικά προκαρκινική κατάσταση.

Παθολογοανατομικές αποδείξεις και επιδημιολογικά δεδομένα συμφωνούν με την άποψη, πως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στις δύο παθήσεις, και πως η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος σε κυστική μαστοπάθεια φτάνει στο διπλάσιο ή τετραπλάσιο απ'ότι στο φυσιολογικό μαστό.

Ορισμένες ιστολογικές αλλοιώσεις της ινοκυστικής μαστοπάθειας, που εμφανίζουν υπερπλαστική αλλοίωση του επιθήλιου των κύστεων, μπορούμε να τις θεωρήσουμε υπεύθυνες για τη βαθμιαία εξέλιξή τους σε καρκίνο.

Κρίνεται σκόπιμο, τις ιστολογικές αυτές αλλοιώσεις να τις κατατάξουμε σε συγκεκριμένες ομάδες, για να τις συνδέσουμε καλύτερα με την πιθανή εξέλιξή τους σε καρκίνο.

1. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι αλλοιώσεις, που δεν εμφανίζουν υπερπλαστική δραστηριότητα. Τέτοιες αλλοιώσεις φτάνουν σε συχνότητα έως το 70%.
2. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι αλλοιώσεις, που εμφανίζουν υπερπλαστική δραστηριότητα, χωρίς ατυπίες. Τέτοιες αλλοιώσεις φτάνουν έως το 30%.
3. Στη Τρίτη ομάδα ανήκουν αλλοιώσεις, που εμφανίζουν υπερπλαστική δραστηριότητα που συνοδεύεται με ατυπίες. Τέτοιες αλλοιώσεις φτάνουν σε συχνότητα σε διάφορες μελέτες έως και το 40%.

Γυναίκες, που τα ιστολογικά ευρήματα της ινοκυστικής μαστοπάθειας τους τις κατέταξαν στην τρίτη ομάδα, εμφανίζουν **διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου**, που γίνεται εξαπλάσιος, όταν αναφέρεται περίπτωση καρκίνου του μαστού στην οικογένεια.

Για τα παραπάνω ο ιστολογικός έλεγχος της ινοκυστικής μαστοπάθειας, σε ορισμένες επίμονες κλινικά και ύποπτες μαστογραφικά περιπτώσεις, κρίνεται απαραίτητος για τον ακριβή καθορισμό της αλλοίωσης η βιοψία.

Συμπερασματικά, τη γυναίκα που πάσχει από ινοκυστική μαστοπάθεια πρέπει να την κατατάξουμε σε ομάδα “υψηλού κινδύνου” και να την παρακολουθούμε συχνότερα κλινικά και μαστογραφικά.

Μαστογραφικά, τη νόσο τη διακρίνουμε στον κυστικό τύπο, στον ινώδη και στην υπερπλασία των γαλακτοφόρων πόρων.

1. Στον κυστικό τύπο διακρίνονται, τις περισσότερες φορές, μία ή δύο ή περισσότερες μεγάλες κύστεις και γύρω από αυτές άφθονες άλλες μικρές, που έχουν τους χαρακτήρες, που περιγράψαμε.
2. Στον ινώδη τύπο διακρίνεται διάχυτο, σχεδόν ομοιογενές πυκνωτικό στρώμα με ή χωρίς κύστεις. Κάποτε, η διάκριση αυτής της αλλοίωσης μας δυσκολεύει να την ξεχωρίσουμε από τον καρκίνο (πυκνοί ακτινολογικά μαστοί).
3. Στην υπερπλασία των πόρων εμφανίζονται άφθονες πυκνώσεις, σε μέγεθος 2-3 εκ., που σχηματίζουν χαρακτηριστική εικόνα χιονοστιβάδας. Στην

υπερπλασία των πόρων, που συνοδεύεται από αδένωση, οι πυκνώσεις μοιάζουν με κύστεις ή με ιναδενώματα και σε προχωρημένο στάδιο σκληρυντικής αδένωσης, διακρίνεται διάχυτη πύκνωση του μαστού πολυοζώδους μορφής, που συχνά περιέχει διάχυτες επασβεστώσεις.

Ιστολογικός τύπος. Από ιστολογική άποψη και σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε, πως οι κύστεις, που σχηματίζονται στην ινοκυστική μαστοπάθεια, αποτελούν διευρύνσεις των γαλακτοφόρων πόρων ή των απολήξεών τους. Οι κύστεις αυτές είναι στρογγυλές και το μέγεθός τους εμφανίζει τέτοια ποικιλία, που άλλες φαίνονται με το μάτι κι άλλες διακρίνονται μόνο με το μικροσκόπιο.

Ποικιλία οι κύστεις εμφανίζουν και ως προς τη σύστασή τους. Έτσι άλλες είναι μαλακές, γιατί το περιεχόμενό τους είναι λίγο, κι άλλες σκληρές και μοιάζουν στην ψηλάφηση με ιναδενώματα, γιατί το περιεχόμενό τους είναι πολύ και πιέζει το τοίχωμά τους. Σκληρές εμφανίζονται και όσες έχουν παχύ τοίχωμα. Οι μαλακές κύστεις είναι δύσκολες στην ψηλάφηση.

Όσο για το περιεχόμενο υγρό των κύστεων αυτό είναι δυνατό να είναι διαυγές ή θολό, λεπτόρρευστο ή παχύρρευστο, ορώδες ή κιτρινωπό ή υποκύανο ή οροαματηρό.

Γενικά, οι ινοκυστικές βλάβες, οι οποίες μπορούν να χαρακτηριστούν ορθότερα ως ινοκυστική μεταβολή του μαζικού αδένου, ενέχουν αυξημένο σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος μόνον όταν συνυπάρχει κυτταρική ατυπία.

Ιδιαίτερες μορφές ινοκυστικών αλλοιώσεων

Αδένωση. Παρατηρείται κατεξοχήν αδενικός πολλαπλασιασμός. Οι αδένες είναι μικροί, σφαιρικοί, ομαλοί, δεν περιέχουν μυοεπιθηλιακά κύτταρα, έχουν ανοικτό αυλό, με ηωσινόφιλο εκκριτικό περιεχόμενο που μπορεί να αποπιτανωθεί.

Σκληρυντική Αδένωση. Αποτελεί παθολογοανατομικό εύρημα που χαρακτηρίζεται από εκτροπή της φυσιολογικής ανάπτυξης των λοβίων, υπερπλασία των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και ανάπτυξη ινώδους ιστού. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευρη και πολλές φορές συνοδεύεται από πόνο. Μαστογραφικά παρουσιάζεται με μορφή αποπιτανώσεων, συνήθως αμφοτερόπλευρα, που είναι συρρέουσες, διάσπαρτες και ανώμαλες ενώ μπορεί να παρουσιαστεί ως μάζα ή διαταραχή αρχιτεκτονικής.

Λοβιακή Υπερπλασία. Αποτελεί μη συχνή βλάβη και έχει αυξημένο σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος όταν συνυπάρχει κυτταρική ατυπία. Πρόκειται για υπερπλασία των κυττάρων των κυψελιδοειδών λοβιακών μονάδων που είναι ανάλογη, αλλά δεν είναι το ίδιο παθολογοανατομικά με την αντίστοιχη βλάβη των μη διηθητικών καρκινωμάτων. Συνήθως πρόκειται για τυχαίο ιστολογικό εύρημα. Μαστογραφικά μπορεί να λάβει τη μορφή αποπιτανώσεων, μάζας ή διαταραχής αρχιτεκτονικής του μαζικού ιστού.

Επιθελίωση. Πρόκειται για υπερπλασία των επιθηλιακών κυττάρων των

περιφερικών πόρων και συνυπάρχει συχνά με τις αλλοιώσεις της ινοκυστικής μεταβολής. **Όταν συνυπάρχει κυτταρική ατυπία προκύπτει κατάσταση αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου**, ενώ η επιθηλίωση χωρίς ατυπία σχετίζεται με μικρό σχετικό κίνδυνο. Ανευρίσκεται στο 25% των βιοψιών του μαστού. Η μαστογραφική της απεικόνιση λαμβάνει τη μορφή συρρεουσών αποτιτανώσεων ή διαταραχή της αρχιτεκτονικής.

Θηλωμάτωση. Αφορά σε ιστοπαθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από υπερπλασία του επιθήλιου των πόρων με σχηματισμό πολλαπλών μικροθηλωμάτων. Παρουσιάζει μικρό δυνητικό κίνδυνο καρκινογένεσης. Μπορεί να εμφανίσει έκκριμα θηλής, εικόνα αποτιτανώσεων σε μαστογραφία, ή ελλείμματα σκιαγράφησης σε γαλακτογραφία. Επιπλέον, είναι συχνά τυχαίο εύρημα σε βιοψία μαστού για άλλο λόγο.

Συμπτώματα. Η κυστική μαστοπάθεια εκδηλώνεται με τα παρακάτω συμπτώματα.

Μασταλγία. Αυτή αφορά σ' ολόκληρο το μαστό και γίνεται περισσότερο αντιληπτή στις πριν την εμμηνορρυσία ημέρες. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από τη συναισθηματική συμπεριφορά της γυναίκας και από το φόβο, που την κατέχει, για τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, γιατί συνδέει την ύπαρξή του με τον πόνο.

Διαφορική διάγνωση της μασταλγίας πρέπει να γίνει από τη μεσοπλευρία νευραλγία.

Ψηλαφητά οζίδια. Η γυναίκα θα αναφέρει, πως κατά την ψηλάφηση των μαστών της διαπιστώνει την ύπαρξη μικρών ή μεγάλων οζιδίων ανώδυνων ή επώδυνων. Τα οζίδια ψηλαφώνται σ' ολόκληρη την έκταση του μαστού ή σε κάποια περιοχή του ή και στους δύο μαστούς.

Έκκριση από τη θηλή. Σε συχνότητα 5-10% είναι δυνατόν η ύπαρξη της ινοκυστικής μαστοπάθειας να καταστεί έκδηλη με την εμφάνιση αυτόματης ή προκλητής έκκρισης από τη θηλή του μαστού, που η χροιά της ποικίλει από την ορώδη ως την αιματηρή.

Με την ψηλάφηση του μαστού, όταν η γυναίκα πάρει την ορθή θέση εξέτασης του μαστού, διαπιστώνεται η ευαισθησία του και η ύπαρξη μέσα σ' αυτόν των οζιδίων, που αναφέρει η πάσχουσα, ιδιαίτερα στα έξω πάνω τεταρτημόρια.

Τα ψηλαφητά οζίδια έχουν ποικίλο μέγεθος, έχουν σαφή όρια και εμφανίζουν κινητικότητα. Αυτά τα χαρακτηριστικά και ιδιαίτερα ο μεγάλος αριθμός τους και η εμφάνισή τους σαν σκάγια, κάνουν την ινοκυστική μαστοπάθεια να διακρίνεται από τον καρκίνο.

Αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο η ψηλάφηση κύστης, που μετά πάροδο λίγων ημερών εξαφανίζεται.

Μαστογραφία. Αυτή αποτελεί πολύτιμη εργαστηριακή διαγνωστική μέθοδο ελέγχου της ινοκυστικής μαστοπάθειας, γιατί αυτή θα μας οδηγήσει στην απόφαση να

προβούμε ή όχι στην εκτέλεση ιστοληψίας της πάσχουσας περιοχής. Η διάγνωση εξαρτάται από την ποιότητα των μαστών. Έτσι στους λιπώδεις μαστούς αυτή είναι εύκολη, ενώ στους σκληρούς μαστούς δύσκολη και μπορεί να διαφύγει της προσοχής η ύπαρξη μεγάλου όγκου. Συμπλήρωμα απαραίτητο της μαστογραφίας είναι και το υπερηχογράφημα των μαστών. Όταν διαπιστωθεί η ύπαρξη κύστης με το υπερηχογράφημα και την μαστογραφία είναι εύκολη η παρακέντησή της.

Στη διάγνωση την ινοκυστικής μαστοπάθειας μπορούμε να συμπεριλάβουμε την παρακέντηση κύστης και την ιστοληψία βλάβης για ιστολογικό έλεγχο με τη βοήθεια των υπερήχων.

Επιπλοκές. Η σπουδαιότερη από αυτές είναι η ρήξη κύστης ινοκυστικής μαστοπάθειας με επακόλουθο τη φλεγμονή του μαστού. Η ρήξη της κύστης συμβαίνει όταν το επιθήλιο, που καλύπτει το εσωτερικό τοίχωμα της κύστης, δεν προφταίνει ν' απορροφήσει το υγρό που παράγεται. Τότε σχηματίζεται η "κύστη από διάταση", που εύκολα μπορεί να ραγεί.

Θεραπεία. Η θεραπεία της ινοκυστικής μαστοπάθειας είναι συντηρητική και χειρουργική.

α) **ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ.** Είναι γεγονός, πως τις περισσότερες φορές, η κυστική μαστοπάθεια δεν απαιτεί καθενός είδους θεραπεία. Οι προεμμηνορρυσιακές ενοχλήσεις από τους μαστούς και η ψηλάφηση οζιδίων από την ίδια την γυναίκα κατά την αυτοεξέτασή της, που την πανικοβάλλουν, γιατί συνδέει τα ευρήματα της με τον καρκίνο, αν την πείσουμε, πως δεν έχουν καμία παθολογική σημασία, τότε αυτό της φτάνει και ηρεμεί. Και όταν αυτή ηρεμήσει, υποχωρούν οι ενοχλήσεις της, γιατί η ινοκυστική μαστοπάθεια συνδέεται στενά με τη συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. Άλλες φορές, στη συντηρητική αντιμετώπιση αναγκαζόμαστε να καταφεύγουμε στα παρακάτω μέσα.

Δίαιτα: για την ανακούφιση της πάσχουσας συστήνουμε την αποφυγή πομάτων, που περιέχουν μεθυλξανθίνες, όπως είναι το τσάι, ο καφές, η σοκολάτα, η κόκα-κόλα.

Εφαρμογή στηθόδεσμου: η εφαρμογή σφικτού στηθόδεσμου κατά τη διάρκεια τόσο της ημέρας, όσο και της νύκτας που να κρατάει τους μαστούς στη θέση τους, ανακουφίζει την πάσχουσα.

Χορήγηση παυσίπονων και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων: αυτά, σε ελαφριές μορφές μασταλγίας προκαλούν ανακούφιση της πάσχουσας. Σε συναισθηματικές αστάθειες μπορούν να συνδυαστούν με ηρεμιστικά ή ψυχοαναληπτικά φάρμακα (ανάλογα με την ψυχοπαθολογική κατάσταση της γυναίκας).

Χορήγηση διουρητικών: επειδή η κατακράτηση ύδατος είναι αυξημένη τις παραμονές της εμμηνορρυσίας και επειδή αυτό προκαλεί αίσθημα τάσης στους μαστούς, μπορούμε να δοκιμάσουμε τη χορήγηση διουρητικών φαρμάκων δέκα ημέρες πριν από την αναμενόμενη εμμηνορρυσία, για να προκαλέσουμε αποσυμφόρηση των μαστών και ανακούφιση της πάσχουσας.

Χορήγηση φαρμάκων με δραστική ουσία την βρωμοκρυπτίνη ή την καβεργολίνη όταν συνυπάρχουν συμπτώματα λογία ινοκυστικής μαστοπάθειας με διαταραχές υπερπρολακτιναιμίας.

β) **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**. Αφού εξαντλήσουμε τη συντηρητική αντιμετώπιση της ινοκυστικής μαστοπάθειας χωρίς αποτέλεσμα, καταφεύγουμε σε επεμβάσεις στο μαστό, που είναι:

1. Παρακέντηση κύστεων. Για να ανακουφίσουμε την άρρωση ή για να την πείσουμε πως δεν πρόκειται για καρκίνο, είναι δυνατό, μετά τη διάγνωση κύστης του μαστού, να παρακεντήσουμε αυτή στο ιατρείο.
2. Εξαίρεση υπόπτων αποιτανώσεων με **Μαμοτόμο** για βιοψία, όπως και λήψης βιοψίας με κόπτουσα βελόνα με βοήθεια υπερήχων.
3. Ύστερα από μαστογραφική υπόδειξη μπορούμε να προβούμε σε εξαίρεση της περισσότερο πάσχουσας περιοχής του μαστικού αδένου και ιστολογικό της έλεγχου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, αλλά και για λόγους θεραπευτικούς, μπορούμε να αποφασίσουμε την εξαίρεση του τμήματος του μαστού, που περισσότερο ενοχλεί την άρρωση και να την ανακουφίσουμε.

Σε περίπτωση που η ιστολογική εξέταση δείξει ανάπτυξη κακοήθειας προχωρούμε στις κλασικές επεμβάσεις του καρκίνου του μαστού ανάλογα με τα δεδομένα της ασθενούς.

Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις

Υπάρχουν ορισμένα μικροσκοπικά (μέσω μικροσκοπίου) ευρήματα στο μαστικό ιστό που μπορεί να οδηγήσουν στον καρκίνο μαστού.

Τον μαστό θα τον περιγράψουμε απλοϊκά σαν “εργοστάσιο γάλακτος” με δύο τμήματα τα λόβια που παράγουν το γάλα και τους πόρους, οι οποίοι σαν αγωγοί το μεταφέρουν το γάλα στις θηλές. Με την πάροδο των χρόνων, μπορεί να εμφανιστούν λίγα επιπλέον κύτταρα στους πόρους, κατά τρόπο παρόμοιο με την σκουριά σ’ ένα μεταλλικό σωλήνα.

Ονομάζεται ενδοσωληνώδης υπερπλασία, η οποία απλώς σημαίνει “πάρα πολλά κύτταρα μέσα στον πόρο”. Από μόνη της αυτή η υπερπλασία δεν αποτελεί πρόβλημα. Ορισμένες φορές όμως τα κύτταρα μπορεί να αρχίσουν να αποκτούν λίγο παράξενη μορφή, και αυτή η κατάσταση ονομάζεται ενδοσωληνώδης υπερπλασία με κυτταρική ατυπία. Εάν συνεχίσουν να παρουσιάζουν παράξενη μορφή και να πολλαπλασιάζονται μέσα στον πόρο, αποφράσσοντάς τον, δημιουργείται μια κατάσταση που ονομάζεται πορογενές καρκίνωμα in situ (μη διηθητικό).

Τέλος εάν τα κύτταρα διαπεράσουν το τοίχωμα των πόρων και εισχωρήσουν στο περιβάλλον λίπος, η κατάσταση ονομάζεται πορογενής διηθητικός καρκίνος. Η υπερπλασία με κυτταρική ατυπία και πορογενές καρκίνωμα in situ, δεν δημιουργούν όζους έτσι ώστε να μπορεί να γίνουν αντιληπτοί με την ψηλάφηση. Στις

καταστάσεις αυτές βοηθά η μαστογραφία η οποία μπορεί να αποκαλύψει αποτιτανώσεις (μικρές συρρέουσες εναποθέσεις ασβεστίου), οι οποίες μερικές φορές μπορεί να αποτελούν πρώιμη ένδειξη καρκίνου. Εάν υπάρχουν πολλές διάσπαρτες μικροαποτιτανώσεις και στους δύο μαστούς, πιθανώς να μην υπάρχει κανένα πρόβλημα.

Εάν οι μικροαποτιτανώσεις είναι πρόσφατες αραιές, ο ακτινολόγος ίσως να μην ζητήσει την συνδρομή του χειρουργού μαστού, αλλά να σας συστήσει να επανέλθετε μετά από έξι μήνες για να εξακριβώσει εάν συνέβησαν μεταβολές και εάν απαιτείται βιοψία. Εκείνο που ανησυχεί τον γιατρό είναι η εμφάνιση ομάδας συρρεουσών μικροαποτιτανώσεων στον ένα μαστό (ιδιαίτερα εάν είναι πρόσφατες) ή παλαιότερες αραιές που αυξήθηκαν σε αριθμό και συρρέουν. Τότε απαιτείται βιοψία.

ΜΕΓΑΛΟΜΑΣΤΙΑ

Η υπερβολική σε μέγεθος ανάπτυξη των μαστών, καλείτε Μεγαλομαστία. Παρατηρείται συχνότερα στις κατώτερω καταστάσεις:

1. Κατά την περίοδο της ήβης (εφηβική μεγαλομαστία)
2. Κατά την κλιμακτήριο
3. Σε παχυσαρκία

Τα εκ των υπερτροφικών μαστών συμπτώματα είναι τα σωματικά λειτουργικά ενοχλήματα και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προκύπτοντα προβλήματα. Η χειρουργική θεραπεία της Μεγαλομαστίας αποσκοπεί αφ ενός μεν στην ελάττωση του μεγέθους των μαστών δια της αφαίρεσεως δέματος, μαστικού αδένα και λίπους, αλλά αφ ετέρου και στην διόρθωση της συνυπάρχουσας πτώσεως του μαστού.

Υπάρχουν από την εγχείρηση οφέλη λειτουργικά ,ιδίως στην κλιμακτήριο που συνυπάρχει και οστεοπόρωση και συχνές παθολογίες στην σπονδυλική στήλη. Αφαιρείται ένα σημαντικό τμήμα του μαστικού αδένα που μπορεί να είναι σε πυκνούς μαστούς επιρρεπές σε καρκίνο μαστού. Επίσης αισθητικά ο μαστός έχει σημαντική βελτίωση με αποτέλεσμα να ανεβαίνει η ψυχολογία της γυναίκας ,ιδίως όταν υπάρχει το πρόβλημα σε ηλικίες 40 με 50 ετών.

ΜΑΣΤΩΔΥΝΙΑ

Ένα σύνηθες σύμπτωμα του μαστού είναι ο πόνος, συχνά ονομάζεται μασταλγία ή μαστωδυνία.

Ο κυκλικός πόνος σχετίζεται με ορμονικές διακυμάνσεις. Οι μαστοί είναι ευαίσθητοι ακριβώς πριν από την έμμηνο ρύση και εν συνεχεία μόλις αρχίσει η περίοδος λιγότερο ευαίσθητοι. Για ορισμένες γυναίκες η ευαισθησία αρχίζει τη στιγμή της ωορρηξίας και συνεχίζεται μέχρι την περίοδο, αφήνοντας μόνο δύο εβδομάδες χωρίς

πόνος κατά την διάρκεια των κύκλων. Μερικές φορές εμφανίζεται μόνο στον ένα μαστό, και άλλοτε ακτινοβολεί στη μασχάλη, ωθώντας την γυναίκα να σκεφτεί ότι προσβλήθηκε από καρκίνο. Γνωρίζουμε ότι το στρες είναι δυνατό να επιδρά στον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Κατά παρόμοιο τρόπο ο πόνος στο μαστό, μπορεί να αυξηθεί ή να μεταβληθεί η υφή του, λόγω των ορμονικών μεταβολών από το στρες. Σχεδόν πάντοτε σταματά με την εμμηνόπαυση.

Ο μη κυκλικός πόνος είναι σπανιότερος από τον κυκλικό. Κατ' αρχάς δεν μεταβάλλεται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, υπάρχει και παραμένει. Εστιάζεται σχεδόν πάντοτε σε μία συγκεκριμένη περιοχή. Για παράδειγμα, μερικές φορές κάποια μεγάλη κύστη θα προκαλέσει εντοπισμένο πόνο ή ευαισθησία στο μαστό και μπορεί να θεραπευτεί με παρακέντηση. Επίσης η μαστίτιδα ή ένα απόστημα στο μαστό, μπορεί να προκαλέσει μη κυκλικό πόνο. Ο μη κυκλικός πόνος δεν αποκλείεται να αποτελεί ένδειξη καρκίνου και συνεπώς πρέπει να ελεγχθεί.


Τρίτη κατηγορία είναι ο πόνος εξωμαστικής αιτιολογίας. Εντοπίζεται συνήθως στο μέσο του θώρακα και δεν μεταβάλλεται με τη περίοδο. Πρόκειται για αρθρικό πόνο, στη θέση όπου συνδέονται οι πλευρές με το στήννο. Μπορεί επίσης να υπάρχει πόνος μη μαστικής αιτιολογίας, από αρθρίτιδα στον αυχένα ή στους ώμους, που μπορεί να ακτινοβολεί προς το μαστό. Υπάρχει και ένα ιδιαίτερο είδος θρομβοφλεβίτιδας του υποδορίου φλεβικού δικτύου του μαστού που προκαλεί πόνο και λέγεται νόσος του Mondor. Η διάγνωση γίνεται με τη ψηλάφηση του μαστού, ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος το επιβεβαιώνει.



L. MEDICAL
ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

⊕ Αγγειοχειρουργικό	⊕ Ουρολογικό
⊕ Αισθητικής	⊕ Οφθαλμολογικό
⊕ Γυναικολογικό	⊕ Οδοντιατρικό - Ορθοδοντικό
⊕ Δερματολογικό & Laser	⊕ Παιδοδοντιατρικό
⊕ Θωρακοχειρουργικό	⊕ Παθολογικό
⊕ Καρδιολογικό & Test Κοπώσεως	⊕ Πλαστικό Χειρουργικό
⊕ Μικροβιολογικό	⊕ Πνευμονολογικό
⊕ Νεφρολογικό	⊕ Υπερήχων
⊕ Ορθοπαιδικό	⊕ Ωτορινολαρυγγολογικό



ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΕΟΠΥΥ
Ελ. Βενιζέλου & Μεγ. Αλεξάνδρου 1
Τηλ. Κέντρο: 27440.26400
www.l-medical.gr