

Διαθλαστική χειρουργική

Πως η αφαίρεση του καταράκτι αντιμετωπίζει και θεραπεύει και συνυπάρχουσες διαθλαστικές διαταραχές όπως η μυωπία, η υπερμετροπία και ο αστιγματισμός. Στην Αθιναϊκή Mediclīnic πραγματοποιούνται περίπου 2.000 επεμβάσεις καταράκτι και ένθεσης ενδοφακών ετησίως



Αντόνιος Γερονικολάου
Διευθύνων Σύμβουλος

Η Αθηναϊκή Mediclinic χαράζει τη δική της πορεία στο χώρο της υγείας


Η Αθηναϊκή Mediclinic είναι μια σύγχρονη γενική κλινική της Αθήνας, ιδρύθηκε το 1964 και αποτελεί σημείο αναφοράς για την ποιοτική φροντίδα υγείας, δίνοντας έμφαση στην προσωποποιημένη αντιμετώπιση των ασθενών μας.

Μόνον το 2019 το εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό μας έχουν προσφέρει τις υπηρεσίες τους με ευαισθησία σε περισσότερους από 7.000 ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί και σε περισσότερους από 25.000 που έχουν υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις.

Αξίζει να αναφερθούμε στο κορυφαίο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό του Κέντρου Μαστού της Αθηναϊκής Mediclinic, που προσφέρει ολοκληρωμένες και προσωποποιημένες υπηρεσίες στις ασθενείς μας.

Στις τελευταίες εξελίξεις στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού συμπεριλαμβάνεται η Ογκοπλαστική Χειρουργική, η οποία περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος χειρουργικών τεχνικών.

Στην Ογκοπλαστική Χειρουργική, ακολουθώντας ρητά τις αρχές της χειρουργικής ογκολογίας και χρησιμοποιώντας ειδικές τεχνικές πλαστικής χειρουργικής επιτυγχάνουμε να εξασφαλίσουμε την επιθυμητή ογκολογική διασφάλιση της ασθενούς μας, παράλληλα με το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα.

Η Αθηναϊκή Mediclinic εξελίσσεται και χαράζει τη δική της πορεία ανάπτυξης στο χώρο της υγείας, με ένα νέο και σύγχρονο πρόσωπο. Το υψηλότατο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχουμε, εξασφαλίζεται τόσο από το σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό στα εργαστηριακά τμήματα και στις νέες χειρουργικές αίθουσες, όσο και από τους άρτια εκπαιδευμένους και έμπειρους ιατρούς και νοσηλευτές/-τριες, οι οποίοι έχουν να επιδείξουν άριστη εξειδίκευση στον τομέα τους. 

- 3 Η εφαρμογή της λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής για καρκίνο του νεφρού στην Αθηναϊκή Mediclinic
- 6 Διαθλαστική χειρουργική του κρυσταλλοειδούς φακού
- 8 Ογκοπλαστικές χειρουργικές τεχνικές διατήρησης μαστού για την αντιμετώπιση του καρκίνου



Δορυλαίου 24, Πλατεία Μαβίλη, 115 21 Αθήνα

Τηλ.: 210 6475000 • Fax: 210 6475005

email: info@athinaiki-mediclinic.gr

www.athinaiki-mediclinic.gr



Μάρκος Καραβιτάκης
Χειρουργός Ουρολόγος
Συνεργάτης Αθηναϊκής Mediclinic

Η εφαρμογή της λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής για καρκίνο του νεφρού στην Αθηναϊκή Mediclinic

Ο καρκίνος του νεφρού αποτελεί το 2-3% όλων των καρκίνων με μεγαλύτερη συχνότητα στις Δυτικές κοινωνίες. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η συχνότητα του νεφρικού καρκίνου παρουσίασε αύξηση περίπου 2% τόσο παγκοσμίως όσο και στην Ευρώπη. Το 2012, υπήρξαν περίπου 80.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου και 35.000 περιπτώσεις θανάτου από καρκίνο του νεφρού στην Ευρώπη. Γενικότερα, η θνησιμότητα από καρκίνο του νεφρού παρουσίαζε μια σταδιακή αύξηση μέχρι και τις αρχές του 1990. Έκτοτε παραμένει σταθερή.

Ο καρκίνος του νεφρού εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία περίπου 1,5:1, με τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης στις ηλικίες 60-70 έτη. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του νεφρού θεωρούνται το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η υπέρταση. Επίσης, το θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και κακές διατροφικές συνήθειες ενδεχομένως να σχετίζονται με περισσότερο από το 20% των περιπτώσεων καρκίνου.

Παραμένουν ασυμπτωματικοί

Οι περισσότεροι νεφρικοί όγκοι παραμένουν ασυμπτωματικοί για μεγάλο διάστημα μέχρι να φτάσουν σε πιο προχωρημένα στάδια. Περισσότεροι από τους μισούς καρκίνους εντοπίζονται τυχαία κατά την διάρκεια κάποιας απεικονιστικής εξέτασης είτε στο πλαίσιο ενός γενικού ελέγχου είτε στο πλαίσιο διερεύνησης κάποιου άλλου συμπτώματος ή πάθησης. Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με την αυξημένη εφαρμογή των διαγνωστικών εξετάσεων και των ελέγχων ρουτίνας, έχει οδηγήσει στη διάγνωση ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού νεφρικών όγκων



μικρού μεγέθους που μπορούν να αντιμετωπιστούν με την μέθοδο της μερικής νεφρεκτομής.

Με τον όρο μερική νεφρεκτομή, εννοούμε τη χειρουργική τεχνική κατά την οποία αφαιρείται μονάχα το τμήμα του νεφρού που πάσχει, ενώ διατηρείται το υπόλοιπο φυσιολογικό όργανο. Σκοπός της μερικής νεφρεκτομής είναι η διαφύλαξη όσο περισσότερο δυνατόν νεφρικού παρεγχύματος με απώτερο σκοπό τον όσο δυνατόν λιγότερο επηρεασμό της συνολικής νεφρικής λειτουργίας. Η μερική νεφρεκτομή αρχικά περιεγράφηκε πριν 125 χρόνια περίπου και χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση καλοηθών καταστάσεων του νεφρού όπως σε περιπτώσεις λοίμωξης, λιθίασης και τραύματος.

Τα τελευταία χρόνια η μερική νεφρεκτομή έχει βρει εφαρμογή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού και είναι η τεχνική κατά την οποία επιχειρείται η αφαίρεση μονάχα του όγκου με την διατήρηση του υπόλοιπου νεφρικού παρεγχύματος. Πρόκειται δηλαδή για μια τεχνική διατήρησης του οργάνου του νεφρού, με

“
Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του νεφρού θεωρούνται το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η υπέρταση
”

“
 Με την λαπαροσκοπική
 μέθοδο, η επέμβαση
 πραγματοποιείται
 μέσω μικρών οπών
 στο δέρμα του ασθενούς
 ”

αφαίρεση μονάχα του τμήματος που νοσεί. Είναι λογικό και αναμενόμενο, να προτιμάται γενικότερα η διατήρηση του νεφρού και η αφαίρεση μονάχα του τμήματος που πάσχει διότι το νεφρό επιτελεί σημαντικές για τον οργανισμό λειτουργίες. Η μερική νεφρεκτομή όμως για να μπορέσει να επιτευχθεί πρέπει να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις που σχετίζονται με την θέση και το μέγεθος του όγκου.

Ενδείξεις μερικής νεφρεκτομής

Οι ενδείξεις μερικής νεφρεκτομής μπορούν να διαχωριστούν σε απόλυτες, σχετικές, και εκλεκτικές. Απόλυτη ένδειξη για μερική νεφρεκτομή είναι η εμφάνιση καρκίνου σε μονήρη νεφρό ή εμφάνιση αμφοτερόπλευρα καρκίνων και στους δύο νεφρούς. Σχετικές ενδείξεις για μερική νεφρεκτομή είναι η εμφάνιση νεφρικού καρκίνου σε ασθενείς με συνυπάρχουσες παθήσεις οι οποίες ενδεχομένως να επηρεάσουν την νεφρική λειτουργία στο μέλλον. Τέτοιες παθήσεις περιλαμβάνουν το σακχαρώδη διαβήτη, την αρτηριακή υπέρταση κ.α.

Μία άλλη περίπτωση σχετικών ενδείξεων για μερική νεφρεκτομή είναι κάποια γενετικά σύνδρομα τα οποία χαρακτηρίζονται από πολυεστιακούς νεφρικούς καρκίνους. Εκλεκτική μερική νεφρεκτομή ονομάζεται η μερική νεφρεκτομή που πραγματοποιείται σε ένα ασθενή ο οποίος δεν έχει τους παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε προηγουμένως και ο οποίος έχει φυσιολογική νεφρική λειτουργία και έναν φυσιολογικό ετερόπλευρων νεφρό σε απεικονιστικό έλεγχο.

Αρχικώς η μερική νεφρεκτομή αποτελούσε επέμβαση εκλογής για όγκους μικρότερους των τεσσάρων εκατοστών. Σήμερα όμως με την εξέλιξη της τεχνικής και τη μεγαλύτερη εμπειρία που έχει αποκτηθεί, μερική νεφρεκτομή μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε όγκους μεγαλύτερων των τεσσάρων εκατοστών που αποτελούν



και την κατηγορία T1B. Η εξάπλωση των ενδείξεων αυτών έχει αποδειχθεί ότι δεν επηρεάζει τα ογκολογικά αποτελέσματα.

Λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή

Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί σήμερα μέθοδο εκλογής στην πραγματοποίηση της μερικής νεφρεκτομής. Με τη λαπαροσκοπική μέθοδο, η επέμβαση πραγματοποιείται μέσω μικρών οπών στο δέρμα του ασθενούς, μέσα από τις οποίες εισέρχονται ειδικά σχεδιασμένα εργαλεία και μια ειδική κάμερα για την επισκόπηση του χειρουργικού πεδίου και την πραγματοποίηση της επέμβασης. Στην κοιλιά του ασθενούς εισέρχεται αέριο για τη δημιουργία του πνευμοπεριτοναίου και τη δημιουργία του ανατομικού χώρου που απαιτείται για την επίτευξη της επέμβασης.

Τα οφέλη της εφαρμογής της λαπαροσκοπικής


τεχνικής στην πραγματοποίηση της μερικής νεφρεκτομής είναι όλα αυτά που αναφέρονται ως οφέλη της εφαρμογής της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής δηλαδή:

- **Μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος**
- **Μικρότερη απώλεια αίματος**
- **Ταχύτερη επαναφορά στις φυσιολογικές δραστηριότητες**
- **Μικρότερος κίνδυνος διαπύσης χειρουργικού τραύματος**
- **Μικρότερος κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικής κήλης**

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η εφαρμογή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής έχει αρνητική επίπτωση στα ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα της θεραπείας.

Αρχικώς, κάποιες ενστάσεις και ανησυχίες που είχαν διατυπωθεί για τον αυξημένο κίνδυνο τοπικής υποτροπής και υποτροπής στην θέση των trocars αποδείχθηκαν εντελώς ανεδαφικοί.

Πρέπει να τονιστεί πάντως ότι τόσο η λαπαροσκοπική όσο και η ανοιχτή μερική νεφρεκτομή έχουν τα ίδια ογκολογικά αποτελέσματα και η επιλογή της μιας ή της άλλης μεθόδου εξαρτώνται αποκλειστικά από την προτίμηση και εμπειρία του χειρουργού και από κάποιες τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν το εκάστοτε περιστατικό.

Στην Αθηναϊκή Mediclinic η χρήση τελευταίας τεχνολογίας τύπου 4K monitor και του συστήματος πνευμοπεριτοναίου τύπου airseal, σε συνδυασμό με την μεγάλη εμπειρία όλου του προσωπικού στην λαπαροσκοπική χειρουργική, επιτρέπει την εφαρμογή της μεθόδου της λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής με επιτυχία και ασφάλεια. 



Παναγιώτης Ν. Μπούσαλης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Επιστημονικός Υπεύθυνος
Οφθαλμολογικού Τμήματος
Αθηναϊκής Mediclinic



Διαθλαστική χειρουργική του κρυσταλλοειδούς φακού (Refractive Lens Exchange)

Η αλματώδης πρόοδος στη χειρουργική του καταρράκτη των τελευταίων ετών με τη βελτίωση των μηχανημάτων φακοθρυψίας, την εισαγωγή νέων τεχνολογιών όπως τα femtosecond lasers, καθώς επίσης και η νέας γενιάς ενδοφακοί (μονοεστιακοί, πολυεστιακοί, τορικοί) έχουν κάνει τις επεμβάσεις αυτές ιδιαίτερα ασφαλείς με εξαιρετικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Συγχρόνως με την αφαίρεση του καταρράκτη αντιμετωπίζονται και θεραπεύονται και συνυπάρχουσες διαθλαστικές διαταραχές (μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός), ενώ με τη χρήση των πολυεστιακών ενδοφακών έχουμε λύση και στο πρόβλημα της πρεσβυωπίας.

Στην Αθηναϊκή Mediclinic πραγματοποιούνται περίπου 2.000 επεμβάσεις καταρράκτη και ένθεσης ενδοφακών ετησίως και συνολικά στην Ελλάδα γίνονται περίπου 100.000 επεμβάσεις, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί την πρώτη αιτία τύφλωσης που σε αριθμούς σημαίνει ότι πάνω από 25 εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο το κόσμο είναι τυφλοί λόγω του καταρράκτη.

Ο καταρράκτης δημιουργείται στο επίπεδο του κρυσταλλοειδούς φακού του οφθαλμού ο οποίος βρίσκεται πίσω ακριβώς από την ίριδα. Ο κρυσταλλοειδής φακός είναι υπεύθυνος για το φαινόμενο της προσαρμογής το οποίο μας διασφαλίζει καλή μακρινή και κοντινή όραση. Μετά την ηλικία περίπου των 40 ετών επέρχεται σταδιακή σκλήρυνση του κρυσταλλοειδούς φακού οπότε δημιουργείται η γνωστή σε όλους μας πρεσβυωπία. Η πρεσβυωπία προκαλεί αδυναμία στην

κοντινή όραση και σε απώτερο στάδιο σκλήρυνση του φακού η οποία σταδιακά εξελίσσεται σε θόλωση, δηλαδή σε δημιουργία καταρράκτη, ο οποίος οδηγεί σε μείωση και της μακρινής και της κοντινής όρασης. Η εγχείρηση του καταρράκτη αποκαθιστά την οπτική οξύτητα του ασθενούς, αλλά δυστυχώς δεν αποκαθίσταται η λειτουργία της προσαρμογής.

Γι' αυτό και οι επιλογές που έχουμε μετά την επέμβαση όσον αφορά τη μετεγχειρητική όραση του ασθενούς είναι σημαντικό να συζητούνται διεξοδικά, να είναι εξατομικευμένες και να λαμβάνονται σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Ευτυχώς λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας των ενδοφακών, οι λύσεις που έχουμε πλέον ικανοποιούν σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις απαιτήσεις των ασθενών, γι' αυτό και οι επεμβάσεις αυτές αξιολογούνται από τους ασθενείς με

πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Η συνήθης πρακτική μας είναι μετεγχειρητικά ο ασθενής να έχει πολύ καλή όραση για μακριά χωρίς γυαλιά και να χρειάζεται γυαλιά για κοντά, κάτι που έτσι κι αλλιώς είχε συνηθίσει μετά την ηλικία των 40 ετών.

Επίσης, σε ασθενείς που θέλουν πλήρη απεξάρτηση από τα γυαλιά και μακριά και κοντά προτείνεται η δημιουργία του λεγόμενου «monovision», δηλαδή η δημιουργία τέλειας μακρινής όρασης στον επικρατούντα οφθαλμό και η δημιουργία μικρής μυωπίας στον άλλο οφθαλμό έτσι ώστε να διασφαλίζεται ικανοποιητική κοντινή όραση. Διόφθαλμα ο ασθενής έχει πολύ καλή μακρινή και κοντινή όραση. Βεβαίως, υπάρχει και η λύση της ένθεσης πολυεστιακών ενδοφακών, η τεχνολογία κατασκευής των οποίων τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί σημαντικά και τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά. Η τοποθέτηση των πολυεστιακών ενδοφακών διασφαλίζει τέλεια όραση μακριά, κοντά και ενδιάμεσα και συνιστώνται περισσότερο σε πιο νέα άτομα αφού βεβαίως ενημερωθούν ενδελεχώς για τους φακούς αυτούς. Τέλος, με τη χρήση των τορικών ενδοφακών εξαλείφεται πλήρως ο προυπάρχων αστιγματισμός με πολύ καλά οπτικά αποτελέσματα.

Η διαθλαστική Χειρουργική του κρυσταλλοειδούς φακού (Refractive Lens Exchange or Clear Lens Extraction), δηλαδή η εγχείρηση «καταρράκτη» χωρίς να υπάρχει καταρράκτης γίνεται τελευταία πολύ συχνά, σε άτομα συνήθως άνω των 40 ετών με υψηλή υπερμετρωπία ή μυωπία που θέλουν να απαλλαγούν από τα γυαλιά τους. Η χρήση δε, πολυεστιακών ενδοφακών στους ασθενείς

αυτούς αποτελεί ιδανική λύση για να απαλλαγούν πλήρως από τη χρήση γυαλιών ή φακών επαφής.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι επεμβάσεις αυτές είναι ενδοφθάλμιες επεμβάσεις με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας μεν, αλλά και με πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να είναι ενδελεχής και εξαντλητική. Η σύγχρονη χειρουργική του καταρράκτη πλέον αποτελεί διαθλαστική επέμβαση, διότι δεν αποσκοπεί μόνο στην αφαίρεση του θολωμένου κρυσταλλοειδούς φακού αλλά στην ταυτόχρονη αποκατάσταση και κάθε προϋπάρχουσας διαθλαστικής ανωμαλίας με σκοπό την τέλεια όραση. Συγχρόνως με τη βελτίωση των ενδοφακών και της τεχνολογίας, η χειρουργική του κρυσταλλοειδούς φακού του οφθαλμού κερδίζει συνεχώς έδαφος και ίσως τελικά αποδειχτεί η ιδανικότερη διαθλαστική επέμβαση. 🏥

«
Στην Αθηναϊκή Mediclinic
πραγματοποιούνται
περίπου 2.000 επεμβάσεις
καταρράκτη και ένθεσης
ενδοφακών ετησίως
»

«
Σε ασθενείς που θέλουν
πλήρη απεξάρτηση από
τα γυαλιά και μακριά και κοντά
προτείνεται η δημιουργία
του λεγόμενου «monovision»
»

Ογκοπλαστικές χειρουργικές τεχνικές διατήρησης μαστού για την αντιμετώπιση του καρκίνου



Αικατερίνη Μανίκα
Γενική Χειρουργός - Χειρουργός
Μαστού, Διευθύντρια Κέντρου
Μαστού Αθηναϊκής Mediclinic

Στις μεγαλύτερες εξελίξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού συμπεριλαμβάνεται πλέον και η Ογκοπλαστική Χειρουργική, η οποία περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα χειρουργικών τεχνικών μέσω των οποίων επιτυγχάνεται και η διατήρηση του μαζικού αδένου.

Στην Ογκοπλαστική Χειρουργική ακολουθώντας ρητά τις αρχές της χειρουργικής ογκολογίας και χρησιμοποιώντας ειδικές τεχνικές πλαστικής χειρουργικής, καταφέρνουμε να εξασφαλίσουμε την επιθυμητή ογκολογική εξασφάλιση της ασθενούς μας, παράλληλα με το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα.

Κατάλληλη χειρουργική τεχνική

Πριν το χειρουργείο ο Χειρουργός Μαστού αξιολογεί την ασθενή του ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση του όγκου στο μαστό της και συμφώνη με το μέγεθος και την πυκνότητα του μαζικού αδένου και αποφασίζει ποια είναι η κατάλληλη μέθοδος – χειρουργική τεχνική που πρέπει να υιοθετηθεί για τη συγκεκριμένη ασθενή.

Αυτές οι χειρουργικές τεχνικές διατήρησης μαστού, αφορούν συνήθως εκείνες τις περιπτώσεις ασθενών με μεγαλύτερους όγκους, στις οποίες θα αφαιρεθεί πάνω από 20% (20-50%) του μαζικού αδένου, με επίτευξη ευρύτερων χειρουργικών ορίων αλλά και αρκετά μεγάλες αποκολλήσεις και μετατοπίσεις ιστών διεγχειρητικά για την ανακατασκευή του μαστού. Αφορούν επίσης, τις ασθενείς με μεγάλους όγκους οι οποίες έχουν ακολουθήσει νεοεπιχειρητική θεραπεία πριν τη χειρουργική επέμβαση στο μαστό, έτσι ώστε να επιτευχθεί να μικρύνει το μέγεθος - η διάμετρος του όγκου, ώστε να μπορέσουν μετά το τέλος της θεραπείας τους να οδηγηθούν σε τέτοιου είδους συντηρητική χειρουργική

τεχνική. Ασθενείς με πολυεστιακούς καρκίνους στο μαστό μπορούν επίσης να είναι υποψήφιοι να υποβληθούν σε αυτές τις τεχνικές με ογκολογική εξασφάλιση. Ακόμη και σε περιπτώσεις με πρώιμο καρκίνο μαστού (DCIS) ή σε ασθενείς με μεγάλες ομάδες αποτιτανώσεων που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης μπορούμε μέσω αυτών των χειρουργικών τεχνικών να ωφελήσουμε το αισθητικό αποτέλεσμα στο μαστό.

Στις περιπτώσεις αφαίρεσης ενός μεγάλου όγκου στο μαστό συστήνεται τις περισσότερες φορές συμμετροποίηση και στον άλλο μαστό και το χειρουργείο εκτελείται και στους δυο μαστούς ταυτόχρονα, στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, σε συνεργασία με τον Πλαστικό Χειρουργό, εφόσον και εάν βέβαια η ασθενής το επιθυμεί.

Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καπνίστριες, με συννοσηρότητες ή ακόμη ασθενείς με μαστούς λιποβριθείς μπορεί να κριθούν μη υποψήφιοι για τέτοιου είδους τεχνικές, καθώς υπάρχει υψηλό ρίσκο να εμφανίσουν μετεγχειρητικά σοβαρές επιπλοκές όπως είναι η λιπονέκρωση, ισχαιμία κρημνών ή πιθανές λοιμώξεις του χειρουργικού πεδίου, οι οποίες θα αλλοιώσουν σημαντικά όλο το κοσμητικό αποτέλεσμα και θα δυσχεράνουν τις θεραπείες που άμεσα πρέπει να επακολουθήσουν. Υπάρχουν βέβαια και οι απόλυτες αντενδείξεις στην Ογκοπλαστική για διατήρηση του μαστού, όπως οι ασθενείς με τοπικά πολύ προχωρημένους όγκους ή ο φλεγμονώδης καρκίνος μαστού, σε περιπτώσεις πολυκεντρικότητας της κακοήθειας ή σε πολύ εκτεταμένη - διάχυτη παρουσία κακοήθων αποτιτανώσεων στο μαστό και δεν ενδείκνυται να ακολουθηθεί.

Μετά από κάθε είδους Ογκοπλαστικής χειρουργικής τεχνικής, εφόσον διατηρείται ο μαζικός αδένος, η ασθενής πρέπει να ακολουθήσει με ασφάλεια την συμπληρωματική Ακτινοθεραπεία που είναι απαραίτητη για να είναι ολοκληρωμένη η τοπικό - περιοχική θεραπεία. Η σωστή επιλογή των ασθενών, η ορθή επιλογή της χειρουργικής τεχνικής και η εξοικείωση του Χειρουργού Μαστού σε αυτές τις νέες τεχνικές εξασφαλίζει και την κάθε ασθενή από τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να καθυστερήσουν τη συνολική της θεραπεία (Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία).

Η Χειρουργική Μαστού εκτός από επιστήμη είναι τέχνη, είναι και αισθητική και ο κάθε χειρουργός μαστού οφείλει πάντα να διασφαλίζει πρώτα την υγεία, αλλά και μια άρτια αισθητική εικόνα για την ψυχή και το σώμα της ασθενούς του. 