



# Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2011 – ΤΟΜΟΣ 2 – ΤΕΥΧΟΣ 1



## 11<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

4-6 Φεβρουαρίου 2011,  
Ίδρυμα «ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ»

### ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

- ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
- ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ
- ΣΤΡΟΓΓΥΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ

# Hellenic Surgical Oncology

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY

JANUARY-APRIL 2011 – VOLUME 2 – NUMBER 1



## Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Ιδιοκτήτης: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ  
Τηλ.: 210 69 82 950, Fax: 210 6994258  
www.eexo.gr – e-mail: info@eexo.gr

#### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

**Πρόεδρος:** Οδ. Ζώρας  
**Αντιπρόεδρος:** Δ. Βώρος  
**Γεν. Γραμματέας:** Ι. Καραϊτιανός  
**Ταμίας:** Ι. Κακλαμάνος  
**Μέλη:** Σ. Οικονόμου  
Κ. Ρωμανίδης  
Ι. Σπηλιώτης

#### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

#### Διευθυντής Σύνταξης:

Ι. Σπηλιώτης

#### Μέλη

Ε. Αθανασίου Σ. Οικονόμου  
Δ. Βώρος Κ. Παπαπολυχρονιάδης  
Ι. Δανιηλίδης Ν. Περάκης  
Ο. Ζώρας Γ. Πεχλιβανίδης  
Ι. Κακλαμάνος Δ. Ρούκος  
Ι. Καραϊτιανός Κ. Ρωμανίδης  
Δ. Κεραμίδας Η. Σανιδάς  
Γ. Κόκκαλης Α. Τέντες  
Δ. Μητσάκα Κ. Τεπετές  
Ι. Νομικός Γ. Χρυσάφης  
Κ. Ντάτσης

#### ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

#### Πρόεδρος:

Ε. Παναγόπουλος

#### Μέλη:

Κ. Βαγιανός Π. Παντελάκος  
Γ. Βλαστός Γ. Ραμαντάνης  
Β. Γεωργούλιας Γ. Ραπίδης  
Ε. Γκόγκα Ν. Σταυριανέας  
Χ. Δερβένης Α. Στρατηγός  
Ι. Κανέλλος Δ. Τσιφτσής  
Γ. Καρατζάς Γ. Χαλκιαδάκης  
Γ. Μπασδάνης Κ. Χατζηθεοφίλου  
Γ. Οικονόμου

#### ΕΚΔΟΤΗΣ – ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ:

Οδυσσεάς Ζώρας

#### ΕΡΓΑΣΙΕΣ-ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ ΜΕΛΩΝ-ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ  
Σεβαστουπόλεως 76 – 115 26 Αθήνα  
Τηλ.: 210 69 82 950, Fax: 210 6994258

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ: 50 €

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ-ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ-ΙΔΡΥΜΑΤΑ: 100 €

#### ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed

Λ. Μεσογείων 380 – 153 41 Αγ. Παρασκευή  
Τηλ.: 210 60 00 643, Fax: 210 6002295  
e-mail: techn@hol.gr



## Hellenic Surgical Oncology

### HELLENIC SURGICAL ONCOLOGY

OFFICIAL PUBLICATION OF THE HELLENIC SOCIETY  
OF SURGICAL ONCOLOGY

Tel.: +30 210 69 82 950, Fax: +30 210 6994258  
www.eexo.gr – e-mail: info@eexo.gr

#### ADVISORY BOARD

#### HELLENIC SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY

**President:** O. Zoras  
**Vice President:** D. Voros  
**General Secretary:** I. Karaitianos  
**Treasurer:** I. Kaklamanos  
**Members:** S. Economou  
K. Romanidis  
I. Spiliotis

#### EDITORIAL BOARD

#### Editor-in-Chief:

I. Spiliotis

#### Members

Ε. Athanasiou Κ. Papapolichroniadis  
G. Chrisafis G. Pechlivanidis  
J. Daniilidis N. Perakis  
S. Economou K. Romanidis  
I. Kaklamanos D. Roukos  
I. Karaitianos H. Sanidas  
D. Keramidas A. Tentes  
G. Kokkalis K. Tepetes  
D. Mitsaka D. Voros  
I. Nomikos O. Zoras  
K. Ntatsis

#### ADVISORY COMMITTEE

#### President:

E. Panagopoulos

#### Members:

G. Basdanis P. Pantelakos  
G. Chalkiadakis G. Ramantanis  
K. Chatzitheofilou G. Ravidis  
C. Dervenis N. Stavrianeas  
G. Economou A. Stratigos  
V. Georgoulis D. Tsiftsis  
A. Goga K. Vagianos  
I. Kanellos G. Vlastos  
G. Karatzas

#### PUBLISHER – DIRECTOR:

Odysseas Zoras

#### PAPERS' SUBMISSION-FEES PAYMENT-CORRESPONDENCE:

HELLENIC SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY  
76 Sevastoupoleos street – GR-115 26 Athens  
Τηλ.: +30 210 69 82 950, Fax: +30 210 6994258

ANNUAL SUBSCRIPTIONS: 50 €

LIBRARIES-ORGANIZATIONS-INSTITUTIONS: 100 €

#### PUBLISHING: TECHNOGRAMMAmed

380 Mesogeion Ave. – GR-153 41 Agia Paraskevi  
Τηλ.: +30 210 60 00 643, Fax: +30 210 6002295  
e-mail: techn@hol.gr

# 11<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

4-6 Φεβρουαρίου 2011, Ίδρυμα «ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ»

## ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΕΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ

### ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2011

---

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Παπαδάκης Γ.**

Ο ρόλος του PET scan στις αποφάσεις της χειρουργικής ογκολογίας

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Σιαφάκα Ι.**

Η αντιμετώπιση του πόνου στον ογκολογικό ασθενή

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Σμυρνιώτης Β.**

Σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις. Ποια η βέλτιστη διαδοχή;

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

#### **Λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική στον καρκίνο**

**Βεζάκης Α.**

Ο ρόλος της διαγνωστικής λαπαροσκοπικής στη σταδιοποίηση των ενδοκοιλιακών νεοπλασμάτων

**Παπακωνσταντίνου Ι.**

Λαπαροσκοπική προσπέλαση σε κακοήθεις παθήσεις του ανωτέρου πεπτικού

**Θεοδοσόπουλος Θ.**

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου

**Βλάχος Ν.**

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου

**Αναστασίου Ι.**

Λαπαροσκοπική - Ρομποτική προσπέλαση στον καρκίνο του ουροποιητικού

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Ρούκος Δ.**

Γονιδίωμα και καρκίνος: Αλλάζει η χειρουργική ογκολογία;

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Φραγκουλίδης Γ.**

Προχωρημένος τοπικά καρκίνος του νεφρού. Ο ρόλος της χειρουργικής

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Λιονής Χ.**

Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη χειρουργική ογκολογία

ΔΙΑΛΕΞΗ

**Τέντες Α.**

Ενδοπεριτοναϊκή υπέρθερμη χημειοθεραπεία

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

#### **Η επίδραση της θεραπείας του καρκίνου του ορθού στη σεξουαλική ζωή του ασθενούς**

**Νικολαΐδη Α.**

Επίδραση της χημειοθεραπείας στη σεξουαλική ζωή

**Βαϊδάκης Ν.**

Επίδραση της ψυχικής επιβάρυνσης των ασθενών στη σεξουαλική ζωή τους

**Παπασώρης Α.**

Αντιμετώπιση της σεξουαλικής διαταραχής στον άνδρα

**Πατούρας Κ.**

Αντιμετώπιση της σεξουαλικής διαταραχής στη γυναίκα

LECTURE

**Akerstrom G.**

Surgery of neuroendocrine tumors

LECTURE

**Balch Ch.**

The specialization of surgical oncology

# 11<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

4-6 Φεβρουαρίου 2011, Ίδρυμα «ΕΥΓΕΝΙΔΟΥ»

## ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΕΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ

### ΣΑΒΒΑΤΟ 5 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2011

---

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

##### **Ο ογκολογικός ασθενής ως «επείγον» χειρουργικό περιστατικό**

<b>Ξυνόπουλος Δ.</b>	Απόφραξη πεπτικού σωλήνα
<b>Δημητρουλόπουλος Δ.</b>	Αιμορραγία πεπτικού συστήματος
<b>Μαυραντώνης Κ.</b>	Περιτονίτιδα

#### ΔΙΑΛΕΞΗ

<b>Βώρος Δ.</b>	Οπισθοπεριτοναϊκά σαρκώματα
-----------------	-----------------------------

#### ΔΙΑΛΕΞΗ

<b>Νομικός Ι.</b>	Τι έχει αλλάξει στη θεραπεία του γαστρικού καρκίνου
-------------------	---

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

##### **Αξιολόγηση, σταδιοποίηση και αντιμετώπιση της τοπικής υποτροπής στο ορθοκολικό καρκίνωμα**

<b>Κουρκουτσάκης Ν.</b>	Διαγνωστική προσέγγιση στην τοπική υποτροπή του καρκίνου του ορθού
<b>Εμμανουηλίδης Χρ.</b>	Στρατηγική της συμπληρωματικής θεραπείας

#### ΔΙΑΛΕΞΗ

<b>Δεμερτζής Ν.</b>	Χειρουργική θεραπεία στο οστεοσάρκωμα
---------------------	---------------------------------------

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

##### **Εφαρμογή του λεμφαδένα φρουρού στη χειρουργική ογκολογία**

<b>Φραγκιά – Τσίβου Κ.</b>	Η σκοπιά του παθολογοανατόμου
----------------------------	-------------------------------

#### ΔΙΑΛΕΞΗ

<b>Νασιούλας Γ.</b>	Γονιδιακές υπογραφές στον καρκίνο του εντέρου
---------------------	---

#### LECTURE

<b>Balch Ch.</b>	Update on the melanoma staging system and the importance of sentinel node staging and measuring mitotic rate
------------------	--

### ΚΥΡΙΑΚΗ 6 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2011

---

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

##### **Η σχέση ασθενή – ιατρού – νοσηλεύτη και Μ.Μ.Ε.**

<b>Παπαμιχαήλ Ε.</b>	Επαγγελματική εξαθλίωση στο νοσηλευτικό προσωπικό στα ογκολογικά νοσοκομεία
----------------------	---

<b>Βίτσα Γ.</b>	Το πρόβλημα της νεοπλασίας όταν το βιώνει ένας επαγγελματίας υγείας
-----------------	---

<b>Μήττα Π.</b>	Τα προβλήματα των καρκινοπαθών σε σχέση με την αντιμετώπιση τους
-----------------	--

<b>Πάσσιου Α.</b>	Τρόποι και δράσεις προβολής του κοινωνικού έργου της Europa Donna Hellas
-------------------	--

Γραμματεία Συνεδρίου

**E.T.S. Event & Travel Solution A.E.**

Ελ. Βενιζέλου 154, 171 22 Ν. Σμύρνη

Τηλ.: +30 210 9880032, Fax: +30 210 9881303

e-mail: [ets@otenet.gr](mailto:ets@otenet.gr), [ets@events.gr](mailto:ets@events.gr), web site: [www.events.gr](http://www.events.gr)

**ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**

---

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ PET SCAN ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Παπαδάκης Γ.

MD, MPH Ειδικευόμενος Πυρηνικής Ιατρικής, Πα.Γ.Ν.Η. Κρήτης

Η ποζιτρονική τομογραφία στην ογκολογία συμβάλλει στη:

- Διάγνωση
- Σταδιοποίηση
- Επανασταδιοποίηση
- Επιλογή της θέσης βιοψίας
- Εκτίμηση του βαθμού κακοήθειας
- Παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπευτική αγωγή
- Πρόγνωση του ογκολογικού ασθενή
- Πρώιμη διάγνωση υποτροπής
- Καθορισμό των ακτινοθεραπευτικών πεδίων.

Στην παρούσα ομιλία γίνεται συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των εφαρμογών της ποζιτρονικής τομογραφίας σε διάφορα είδη κακοήθων νόσων: καρκίνος του πνεύμονα, καρκίνος κεφαλής-τραχήλου, καρκίνος θυρεοειδούς, καρκίνος οισοφάγου, καρκίνος στομάχου, καρκίνος παγκρέατος, καρκίνος ήπατος-χοληφόρων, καρκίνος παχέος εντέρου-ορθού, λεμφώματα, μελάνωμα, καρκίνος μαστού, καρκίνος ενδομητρίου-τραχήλου μήτρας και ωοθηκών, καρκίνος όρχεος, καρκίνος προστάτη, κακοήθειες νεφρού και ουροδόχου κύστης, μυοσκελετικοί όγκοι.

Γίνεται σύγκριση των παραμέτρων αξιολόγησης της ποζιτρονικής τομογραφίας με άλλες απεικονιστικές μεθόδους, και δίδεται έμφαση στις αλλαγές της σκοπούμενης θεραπευτικής αντιμετώπισης που επιφέρει το PET scan στους ογκολογικούς ασθενείς.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Σιαφάκα Ι.

Αναπλ. Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Θεραπείας Πόνου, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Την εμπειρία του πόνου θα έχει τουλάχιστον το 30% των ασθενών, που βρίσκονται σε ογκολογική θεραπεία, για μεταστατική νόσο και >70% των καρκινοπαθών, στο τελικό στάδιο της νόσου.

Η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης θεραπευτικής προσπάθειας γνωστής σαν Παρηγορητική φροντίδα.

Η Παρηγορητική φροντίδα ορίζεται ως η ενεργός συνολική φροντίδα του ασθενούς με ενεργό, προοδευτική νόσο, απειλητική για τη ζωή. Η παρηγορητική φροντίδα περιλαμβάνει πολλούς επαγγελματίες υγείας. Παρέχει συνεχή φροντίδα και περιλαμβάνει τον έλεγχο του πόνου και άλλων συμπτωμάτων, τη διατήρηση της λειτουργικότητας καθώς και την ψυχοκοινωνική και πνευματική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας, στο τέλος της ζωής.

Πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στη δημιουργία **φραγμών** για την αποτελεσματική θεραπεία του καρκινικού πόνου.

Υπάρχει άγνοια της πραγματικότητας από χορηγούς υγείας, από κυβερνήτες και από το κοινό, ότι δηλαδή σήμερα υπάρχουν διεθνώς καθιερωμένες τεχνικές και φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου. Η έλλειψη φροντίδας από τις κυβερνήσεις, οικονομικών πόρων, οι περιορισμοί στο προσωπικό και στο σύστημα χορήγησης υγείας, καθώς και οι νομοθετικοί περιορισμοί στη χρήση και στη διάθεση των οπιοειδών αναλγητικών, αποτελούν επίσης σοβαρά εμπόδια.

Τέλος η οπιοφοβία και η έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές καθώς και σε άλλους χορηγούς υγείας συμπληρώνουν τις αιτίες για την ανεπαρκή ανακούφιση του καρκινικού πόνου.

Επαρκής ανακούφιση του πόνου, μπορεί να επιτευχθεί τουλάχιστον στο 75% των καρκινοπαθών που λαμβάνουν την ιδανική αναλγητική αγωγή, χρησιμοποιώντας απλές τεχνικές σαν αυτές που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (**Αναλγητική Κλίμακα**). Υπάρχουν δυσκολίες για την ερμηνεία των μελετών αξιολόγησης. Είναι σημαντική η ανάπτυξη πρακτικής που βασίζεται σε αποδείξεις στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. Οι περισσότερες από τις αποδείξεις, όσον αφορά την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου, δεν είναι πλήρεις. Οι κλινικοί ιατροί συχνά χρειάζεται να παίρνουν αποφάσεις για την αναλγητική θεραπεία που βασίζονται σε όχι τόσο δυνατές αποδείξεις. Είναι σημαντική η εξισορρόπηση ωφέλειας και κινδύνου από την θεραπεία σε αυτή την περίπτωση.

Η χρήση των κατευθυντήριων οδηγιών του Π.Ο.Υ. περιλαμβάνει: **1) Προσεκτική αξιολόγηση του ασθενούς, 2) κατάλληλη επιλογή των φαρμάκων, 3) προσεκτική τιτλοποίηση του φαρμάκου**, ώστε να αποφύγουμε τις αναμενόμενες παρενέργειες και **4) η επανεκτίμηση** και κατάλληλη διόρθωση του θεραπευτικού σχήματος.

Οι οδηγίες από το Π.Ο.Υ. δεν σημαίνει ότι θα χρησιμοποιηθούν σαν εναλλαγή στις άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου, αλλά σαν ένα τμήμα του φάσματος των στρατηγικών που διατίθενται. Η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία, η χειρουργική, η φυσιοθεραπεία, οι αναισθητικές τεχνικές, η χαλάρωση, ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός (TENS) και ο βελονισμός, αποτελούν μερικές από τις συνήθεις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται κατάλληλα για κάθε εξατομικευμένη περίπτωση.

Οι ασθενείς με καρκίνο, επιπρόσθετα με τον πόνο παρουσιάζουν πολλά περίπλοκα συμπτώματα, όπως κόπωση, ανορεξία, ναυτία, έμετο, δύσπνοια, υπνηλία, κατάθλιψη, άγχος, δυσκολία στον ύπνο και ελαττωμένο αίσθημα της καλής κατάστασης. Η συνύπαρξη όλων αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να μεταβάλλει την εικόνα που παρουσιάζει ο καρκινοπαθής με πόνο.



## ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σμυρνιώτης Β.

MD, PhD, Καθηγητής Χειρουργικής, Δ' Χειρουργικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου παραμένει η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως και η επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά το χρόνο της διάγνωσης. Περισσότεροι από το 50% των ασθενών θα εμφανίσουν ηπατικές μεταστάσεις κατά την πορεία της νόσου, ενώ 15-25% των ασθενών έχουν σύγχρονη ηπατική μεταστατική νόσο ήδη κατά τη διάγνωση της νόσου τους. Η πλήρης χειρουργική εξαίρεση εξακολουθεί να θεωρείται η μόνη δυνητικά θεραπευτική επιλογή, με ποσοστά 5-ετούς επιβίωσης που φτάνουν και το 50%, ενώ οι εξελίξεις στη χειρουργική τεχνική, την αναισθησιολογία και τη μετεγχειρητική φροντίδα την έχουν καθιερώσει ως μια ασφαλή χειρουργική επέμβαση σε εξειδικευμένα κέντρα (θνητότητα <4% και συνολική νοσηρότητα ≈40%). Ωστόσο, μόνο το 20-35% των ασθενών ωστόσο θεωρούνται κατάλληλοι υποψήφιοι για χειρουργική αντιμετώπιση. Πολλά είναι τα ερωτηματικά που πρέπει να απαντηθούν προκειμένου να καθοριστεί ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο του παχέος εντέρου: η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την πρωτοπαθή εστία ή σε δεύτερο χρόνο, ποια είναι η θέση της χημειοθεραπείας στην χρονική αλληλουχία της αντιμετώπισης αυτών ασθενών σε σχέση με την ηπατεκτομή, τι σημαίνει η παρουσία ηπατικών μεταστάσεων και στους δυο λοβούς τους ήπατος ή/και εξωηπατικής μεταστατικής νόσου και πως μεταβάλουν το θεραπευτικό πλάνο. Η πολυπλοκότητα των παραμέτρων και των αποφάσεων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ασθενών με σύγχρονη ηπατική νόσο από καρκίνο του παχέος εντέρου προϋποθέτει προσεκτική και στενή συνεργασία μεταξύ πολλαπλών ειδικοτήτων ώστε να εξασφαλίζεται πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι μελλοντικές εξελίξεις στην εφαρμογή τοποπεριοχικών και συστηματικών θεραπειών και η συνεχής πρόοδος των χειρουργικών τεχνικών θα εξακολουθήσουν να συμβάλουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ταυτόχρονης αντιμετώπισης των σύγχρονων ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο του παχέος εντέρου.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Βεζάκης Α.

Χειρουργός, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Χειρουργικής Κλινικής, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»

Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση (ΔΛ) αποτελεί γρήγορη, ασφαλή και καλά ανεκτή από τον ασθενή τεχνική. Απαιτείται συνήθως γενική αναισθησία και ο ασθενής μπορεί να εξέλθει από το Νοσοκομείο την ίδια μέρα. Η επιβάρυνση του ασθενή είναι σαφώς

μικρότερη από την ερευνητική λαπαροτομία. Μπορεί να γίνει άμεσα πριν την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ή σε προγενέστερο χρόνο. Μπορεί να συνδυαστεί με λαπαροσκοπικό υπερηχογράφημα (ΛαπUS) και με περιτοναϊκές πλύσεις για λήψη κυτταρολογικής.

Αντένδειξη αποτελούν οι πολλαπλές επεμβάσεις στην κοιλιά λόγω της δημιουργίας πολλαπλών συμφύσεων που δυσκολεύουν την προσπέλαση.

Έχουν δημοσιευθεί πολλές εργασίες που αφορούν την ΔΛ για την σταδιοποίηση ενδοκοιλιακών νεοπλασμάτων. Το πρόβλημα είναι ότι δεν υπάρχουν προοπτικές τυχαιοποιημένες εργασίες και όλα τα δεδομένα είναι Level of evidence II, III. Επιπλέον υπάρχει ανομοιογένεια όσον αφορά την τεχνική που κυμαίνεται από απλή επισκόπηση σε εκτεταμένη παρασκευή και χρήση ΛαπUS ή διενέργεια περιτοναϊκής πλύσης.

### ΔΛ σε καρκίνο παγκρέατος

Σε 11-48% των ασθενών με καρκίνο παγκρέατος παρά τον λεπτομερή απεικονιστικό έλεγχο η νόσος αποδεικνύεται ανεγχείρητη κατά την ερευνητική λαπαροτομία. Κύριους λόγους για αυτό αποτελούν η ανεύρεση μικρομεταστάσεων στο ήπαρ και στην περιτοναϊκή κοιλότητα και η ύπαρξη εκτεταμένης τοπικής διήθησης. Η ΔΛ (σε συνδυασμό με ΛαπUS και περιτοναϊκές πλύσεις για λήψη κυτταρολογικής) μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή της άσκοπης λαπαροτομίας.

*Τεχνική: Χρησιμοποιείται λαπαροσκόπιο πλαγίας οράσεως (30°) εισαγόμενο δια του ομφαλού. Επιπρόσθετα τροκάρ μπορούν να τοποθετηθούν στο επιγάστριο και στην προσθία μασχαλαία γραμμή. Ελέγχονται το ήπαρ, διάφραγμα, επιφάνεια εντέρου, επιπλόου, έλασσων επιπλοϊκός θύλακος, εγκάρσιο μεσόκολο, Treitz, παρακολικές αύλακες, πύελος. Διενεργείται περιτοναϊκή πλύση, αναρρόφηση και αποστολή του υγρού για κυτταρολογική. Με ΛαπUS ελέγχονται το ήπαρ, πυλαία – μεσεντέρια αγγεία, κοιλιακή αρτηρία, ηπατική αρτηρία, παρασπονδιακοί λεμφαδένες.*

Η ευαισθησία, ειδικότητα και διαγνωστική ακρίβεια για την ύπαρξη μικρομεταστάσεων είναι 94%, 88% και 89% αντίστοιχα. Η χρήση του ΛαπUS αυξάνει 12-14% τη διαγνωστική αξία. Τελικά 4-36% των ασθενών θα αποφύγουν τη λαπαροτομία και εάν χρειάζεται συμπληρωματική θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει άμεσα.

Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι α) Αρκεί μόνο η λαπαροσκόπηση ή χρειάζονται εκτεταμένες παρασκευές και ΛαπUS β) Πρέπει να γίνεται σε όλους ή σε επιλεγμένους ασθενείς για περιορισμό του κόστους. Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 1.

### Πίνακας 1

Ασφαλής τεχνική	Grade B
Προεγχειρητικός έλεγχος δείχνει χειρουργήσιμη νόσο	Grade C
Προεγχειρητικός έλεγχος δείχνει τοπικά εκτεταμένη νόσο	Grade C
LapUS και περιτοναϊκή πλύση	Grade C
Επιλεκτική χρήση σε Ογκους κεφαλής > 3 εκατ.	Grade C
Ογκους σώματος ουράς CA 19-9 > 150	



**ΔΛ σε καρκίνο στομάχου**

Είναι γνωστό ότι πολλοί ασθενείς με γαστρικό καρκίνο παρουσιάζουν είτε τοπικά εκτεταμένη είτε μεταστατική νόσο και η ακριβής σταδιοποίηση συμβάλλει στη σωστή θεραπευτική ή παρηγορητική αντιμετώπιση. Η ΔΛ με την ανεύρεση μικρομεταστάσεων ή τοπικά προχωρημένης νόσου συμβάλλει στην σωστή σταδιοποίηση και αποφυγή λαπαροτομίας όταν δεν χρειάζεται.

*Τεχνική: Το λαπαροσκόπιο (30°) εισάγεται δια του ομφαλού και επιπρόσθετα τροκάρ στη πρόσθια μασχαλιαία γραμμή εκατέρωθεν. Το ΛαπUS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο του ήπατος και η περιτοναϊκή πλύση για λήψη κυτταρολογικής.*

Η ΔΛ ανευρίσκει μικρομεταστάσεις σε 13-57% των ασθενών με προηγούμενο αρνητικό απεικονιστικό έλεγχο. Η διαγνωστική ακρίβεια κυμαίνεται στο 89-100%. Υπερτερεί της CT στην ανεύρεση ηπατικών ή περιτοναϊκών μεταστάσεων. Τελικά η λαπαροτομία αποφεύγεται σε 17-40% των ασθενών.

Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 2.

**Πίνακας 2**

Ασφαλής τεχνική	Grade B
T3, T4 όγκοι, χωρίς επιπλοκές, χωρίς μεταστάσεις	Grade B

**ΔΛ σε καρκίνο οισοφάγου**

Η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο οισοφάγου δεν είναι καλή, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν εκτεταμένη νόσο ή μεταστάσεις. Η σωστή σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για να αποφασισθεί ποιοι ασθενείς θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση και ποιοι σε ΧΜΘ + ΑΚΤ προεγχειρητικά ή σαν παρηγορητική θεραπεία. Η ΔΛ μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην σταδιοποίηση των ασθενών αυτών.

*Τεχνική: Το λαπαροσκόπιο (30°) εισάγεται δια του ομφαλού και επιπρόσθετα τροκάρ στο επιγάστριο και στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή αριστερά. Το ΛαπUS χρησιμεύει για τον έλεγχο του ήπατος. Εάν αποφασισθεί ότι ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε προεγχειρητική ΧΜΘ μπορεί να τοποθετηθεί και νησιδοστομία σίτισης. Η ΔΛ μπορεί να συνδυασθεί με θωρακοσκόπηση για τον έλεγχο του θωρακικού οισοφάγου.*

Η διαγνωστική ακρίβεια της ΔΛ είναι 75-80% και η χρήση της αλλάζει την αντιμετώπιση των ασθενών σε 0.8-10%. Ο συνδυασμός με θωρακοσκόπηση βελτιώνει τα ποσοστά.

Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 3.

**Πίνακας 3**

Ασφαλής τεχνική	Grade B
Ασθενείς με χειρουργήσιμη νόσο	Grade B

**ΔΛ σε καρκίνο του παχέος εντέρου**

Στην αρχική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου η ΔΛ δεν χρειάζεται, γιατί ακόμη και σε προχωρημένη νόσο η χειρουργική εκτομή ενδείκνυται για την αποφυγή επιπλοκών. Σε ασθενείς όμως με ηπατικές μεταστάσεις υποψήφιους για εκτομή η ΔΛ έχει θέση για τον έλεγχο εξωηπατικής νόσου αλλά και της εξαιρεσιμότητας της ηπατικής νόσου.

*Τεχνική: Το λαπαροσκόπιο (30°) εισάγεται δια του ομφαλού και επιπρόσθετα τροκάρ στο επιγάστριο και δεξιά πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Το ΛαπUS είναι απαραίτητο για τον έλεγχο του ήπατος.*

Μη χειρουργήσιμη νόσος ανευρίσκεται σε 25-42% των ασθενών

και αλλαγή αντιμετώπισης σε 33-48%. Έχει αναπτυχθεί ένα **Clinical Risk Score (CRS)** που προβλέπει ποιοι ασθενείς θα ωφεληθούν περισσότερο από την ΔΛ. Το CRS περιλαμβάνει τα κάτωθι

1. Λεμφαδένες θετικοί στην πρώτη επέμβαση
  2. Ελεύθερο νόσου διάστημα <12 μήνες
  3. 1 μεταστατικές εστίες
  4. CEA >200 μέσα σε 1 μήνα από την επέμβαση
  5. Μέγεθος μεγαλύτερης εστίας >5 εκατ.
- Κάθε θετικό εύρημα παίρνει από 1 βαθμό. Οι ασθενείς που ωφελούνται περισσότερο είναι αυτοί με CRS >2.
- Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 4.

**Πίνακας 4**

Ασφαλής τεχνική	Grade B
Ασθενείς που ο προεγχειρητικός έλεγχος τους καθιστά υποψήφιους για εκτομή μεταστάσεων, ιδιαίτερα αν CRS > 2	Grade B

**ΔΛ σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο (ΗΚΚ)**

Η ακριβής αναγνώριση του μεγέθους, του αριθμού και της επέκτασης των ηπατικών εστιών είναι καθοριστική για την επιλογή θεραπείας και την πρόγνωση των ασθενών με ΗΚΚ. Η ΔΛ και κυρίως το ΛαπUS συμβάλλουν στην διάγνωση ανεγχείρητης νόσου.

*Τεχνική: Το λαπαροσκόπιο (30°) εισάγεται στον ομφαλό και επιπρόσθετα τροκάρ στο επιγάστριο και στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή δεξιά. Οι περιτοναϊκές εμφυτεύσεις είναι πολύ σπάνιες και το ΛαπUS αποτελεί τον κύριο τρόπο ελέγχου.*

Η ευαισθησία για όγκους < 1 εκατ. είναι 80% για το ΛαπUS και 71% για την CT. Αναγνωρίζεται το 54-67% των ασθενών με ανεγχείρητη νόσο και η λαπαροτομία αποφεύγεται σε 16-25%.

Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 5.

**Πίνακας 5**

Ασφαλής τεχνική	Grade B
Χειρουργήσιμο ΗΚΚ (κριτήρια επιλογής δεν υπάρχουν)	Grade C

**ΔΛ σε καρκίνο χοληφόρων**

Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης (ΧΚ) αναπτύσσεται γρηγορότερα και παρουσιάζει μεγαλύτερη διασπορά σε σχέση με το χολαγγειοκαρκίνωμα που επεκτείνεται κυρίως τοπικά. Η ΔΛ συμβάλλει στην ανεύρεση διασποράς (εμφυτεύσεων) και το ΛαπUS στην ανεύρεση διήθησης.

*Τεχνική: Το λαπαροσκόπιο (30°) εισάγεται δια του ομφαλού και επιπρόσθετα τροκάρ τοποθετούνται στο επιγάστριο και στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή δεξιά. Το ΛαπUS ελέγχει το ήπαρ και την ύπαρξη αδένων στις πύλες και στην κοιλιακή αρτηρία.*

Σε καρκίνο ΧΚ μη χειρουργήσιμη νόσος ανευρίσκεται σε 48% και σε χολαγγειοκαρκίνωμα σε 9-42%. Η διαγνωστική ακρίβεια είναι 58% για τον καρκίνο ΧΚ και 42-53% για το χολαγγειοκαρκίνωμα. Οι συστάσεις του SAGES φαίνονται στον Πίνακα 6.

**Πίνακας 6**

Ασφαλής τεχνική	Grade B
Χειρουργήσιμο καρκίνο ΧΚ	Grade B
Χειρουργήσιμο χολαγγειοκαρκίνωμα (ιδιαίτερα T2, T3)	Grade B

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Παπακωνσταντίνου Ι. Γ.

Λέκτορας Χειρουργικής, Β' Χειρουργικής Κλινικής, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»

Οι χειρουργική που αφορά στις κακοήθεις παθήσεις του ανωτέρου πεπτικού είναι ιδιαίτερα απαιτητική και ταυτόχρονα αποτελεί πρόκληση για τον χειρουργό. Η συνεχής βελτίωση των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών στις μέρες μας έχει σαν αποτέλεσμα την διενέργεια όλο και περισσότερων λαπαροσκοπικών επεμβάσεων για την αντιμετώπιση κακοήθων παθήσεων του ανωτέρου πεπτικού. Με δεδομένη την τεχνική δυσκολία των επεμβάσεων του ανωτέρου πεπτικού καθώς και την σημαντική νοσηρότητα που τις συνοδεύει (ιδίως τις οισοφαγογαστρεκτομές) η λαπαροσκοπική χειρουργική απέχει αρκετά μέχρι να καθιερωθεί στην καθ' ημέρα χειρουργική πράξη ως η θεραπεία εκλογής.

Η μοναδική θεραπεία ίασης για το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου είναι η γαστρεκτομή. Υπάρχει όμως διαφωνία για το αν η λαπαροσκοπική προσπέλαση αποτελεί ενδεικνυόμενη μέθοδο. Η εμπειρία της Ανατολής στην λαπαροσκοπική γαστρεκτομή, δεδομένη και της εκεί αυξημένης επίπτωσης του γαστρικού καρκίνου, είναι σχετικά μεγάλη. Αντίθετα ο Δυτικός κόσμος έχει αποδεχθεί με ιδιαίτερο σκεπτικισμό την λαπαροσκοπική γαστρική ογκολογική χειρουργική. Η λαπαροσκοπική γαστρεκτομή φαίνεται να αποτελεί ασφαλή τεχνική με βραχυπρόθεσμα ογκολογικά αποτελέσματα ισοδύναμα με την κλασική χειρουργική αναφορικά με τα όρια εκτομής και τον λεμφαδενικό καθαρισμό. Παράλληλα προσφέρει τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής τεχνικής (λιγότερο μετεγχειρητικό άλγος, μικρότερη νοσηλεία, απώλεια αίματος, επιπλοκές). Σίγουρα όμως απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Στις μέρες μας παρατηρείται μια συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση του οισοφαγικού καρκίνου κυρίως λόγω της αύξησης του αδενοκαρκινώματος. Περίπου το 1/3 των ασθενών θεωρούνται υποψήφιοι για θεραπευτικές εκτομές. Η ανοικτή εκτομή είναι μια μεγάλη χρονικά επέμβαση, με μεγάλες χειρουργικές τομές και χρήζει μετεγχειρητικής νοσηλείας σε ΜΕΘ, μεγάλη παραμονή στο νοσοκομείο, επηρεασμένη ποιότητα ζωής καθώς και σημαντικό κίνδυνο επιπλοκών και θνητότητας. Η λαπαροσκοπική ογκολογική οισοφαγογαστρεκτομή αποτελεί ένα εξαιρετικά ελκυστικό πεδίο που θα μπορούσε να ελαττώσει τον μετεγχειρητικό πόνο και τις επιπλοκές, ιδίως τις πνευμονολογικές, εξασφαλίζοντας ταχύτερη ανάρρωση. Η χορήγηση προεγχειρητικής θεραπείας έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα ποσοστά R0 εκτομών με αποτέλεσμα να μειώνονται οι ανησυχίες σχετικά με την ογκολογική ασφάλεια της μεθόδου. Παρά τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής ένα μικρό μόνο ποσοστό των ογκολογικών οισοφαγογαστρεκτομών διενεργείται λαπαροσκοπικά. Τα αποτελέσματα της λαπαροσκοπικής οισοφαγεκτομής είναι απόλυτα συνδεδεμένα με την εμπειρία τόσο του χειρουργού όσο και του Κέντρου. Σαφώς απαιτούνται μεγαλύτερες προοπτικές, καλά σχεδιασμένες μελέτες για να καταδείξουν την ασφάλεια και την επάρκεια την μεθόδου. Έως τότε η προσεκτική επιλογή των ασθενών είναι απαραίτητη.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική για κακοήθεις παθήσεις του ανώ-

τερου πεπτικού είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος η οποία σκοπό έχει να εξασφαλίσει όλα τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, προσφέροντας ταυτόχρονα, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, καλά ογκολογικά αποτελέσματα και παράταση της επιβίωσης.

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Θεοδοσόπουλος Θ.Κ.

Επίκ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»

Οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές, έφεραν επανάσταση στη γενική χειρουργική. Επεμβάσεις ανώτερου πεπτικού, όπως χολοκυστεκτομή, Nissen θολοπλαστική, βαριατρική χειρουργική εφαρμόζονται ευρέως. Πιθανά βραχυπρόθεσμα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν, μικρότερο χρόνο νοσηλείας, λιγότερα ναρκωτικά αναλγητικά, λιγότερες άμεσες επιπλοκές όπως ειλεό. Πιθανά μακροχρόνια οφέλη είναι οι λιγότερες κήλες και το κοσμητικό αποτέλεσμα. Στη χειρουργική του παχέος εντέρου η εισαγωγή της λαπαροσκοπικής υπήρξε περισσότερο βαθμιαία.. Το 1987 έγινε η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και το 2002 το 83% των χολοκυστεκτομών γίνονταν λαπαροσκοπικά. Αντίθετα η πρώτη λαπαροσκοπική κολεκτομή έγινε το 1991 και το 2002 μόλις 11% των χειρουργών είχαν πραγματοποιήσει περισσότερες των 10 λαπαροσκοπικών κολεκτομών.

Η φυσιολογική βάση των ωφελειών της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, είναι η θεωρητική ελάττωση της φλεγμονώδους και ανοσολογικής απόκρισης συγκριτικά με την ανοικτή. Αρκετές τυχαίοποιημένες μελέτες έχουν δείξει ελάττωση των φλεγμονωδών κυτοκινών IL-1β και IL-6 και C- αντιδρώσας πρωτεΐνης.

Οι αρχικές ανακοινώσεις αποτελεσμάτων στη λαπαροσκοπική χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου, αφορούν αναδρομικές μελέτες μεμονωμένων χειρουργών με αναζήτηση την ασφάλεια και τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Στη συνέχεια μεγάλες προοπτικές, μη τυχαίοποιημένες μελέτες και μικρές τυχαίοποιημένες από μικρά κέντρα, έδωσαν τα πρώτα συγκρίσιμα αποτελέσματα με την ανοικτή.

Τέσσερις μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες, τυχαίοποιημένες, είναι κυρίως αυτές που έδωσαν τις απαντήσεις στην ιατρική κοινότητα για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η Barcelona trial των Lacy και συν, η COST trial από ΗΠΑ και Καναδά, η COLOR, πολυκεντρική Ευρωπαϊκή μελέτη και η MRC CLASSIC από το Ενωμένο Βασίλειο.

### Επιβίωση

Η Barcelona trial αναφέρει παρόμοια επιβίωση λαπαροσκοπικής (82%) και ανοικτής ομάδας(74%). Για όγκους σταδίου III, η λαπαροσκοπική ομάδα είχε καλύτερη επιβίωση αλλά αυτό αφορούσε μικρή ομάδα του συνόλου(37 και 36 ασθενείς). Στην COST trial η πενταετής επιβίωση ήταν 74,6% στη λαπαροσκοπική ομάδα και 76,4% στην ανοικτή, στατιστικά χωρίς διαφορά. Η μεταανάλυση των αποτελεσμάτων και των τεσσάρων μελετών δείχνει 3ετή συνολική επιβίωση χωρίς διαφορές λαπαροσκοπικής και ανοικτής ομάδας, ούτε διαφορές ανάλογα με το στάδιο. Το ελεύθερο νό-

σου διάστημα δε διέφερε στατιστικά μεταξύ λαπαροσκοπικής και ανοικτής ομάδας στην COST και MRC CLASSIC trial (68.4% λαπ-69.2% ανοικτή στην COST και 66.3% λαπ- 67.7% ανοικτή, 3 ετής στην MRC CLASSIC). Ομοίως η μεταανάλυση δεν έδειξε διαφορές.

#### **Υποτροπή**

Στην COST δεν υπήρχαν διαφορές στην τοπική υποτροπή (2.6% λαπ-2.3% ανοικτή), ούτε και στη συνολική υποτροπή (21.8% λαπ-19.4% ανοικτά). Κυριότερα σημεία υποτροπών είναι το ήπαρ και οι πνεύμονες. Στην MRC CLASSIC τοπική (7.3%λαπ-6% αν) και συνολική υποτροπή (11.3%λαπ-12.5% ανοικτή) ήταν στατιστικά χωρίς σημαντική διαφορά. Επίσης στην Barcelona trial (17%λαπ-27%αν) και στη μεταανάλυση οι διαφορές δεν ήταν σημαντικές.

#### **Υποτροπή στο τραύμα και σημεία εισόδου των trocar**

Αν και στις αρχικές αναφορές σειρών από μεμονωμένους χειρουργούς και κέντρα έδειχναν σημαντικό αριθμό υποτροπών (21% Berends et al 1994), γεγονός που προκάλεσε σκεπτικισμό στα πρώτα χρόνια εφαρμογής της λαπαροσκοπικής μεθόδου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, σήμερα οι μεγαλύτερες σειρές αναφέρουν ποσοστά 0-2.5%. Το ποσοστό υποτροπών στις τομές στην ανοικτή χειρουργική αναφέρεται σε 0-3.3% και σήμερα μπορούμε με ασφάλεια να λέμε ότι το ποσοστό υποτροπής στα τραύματα είναι παρόμοιο στην ανοικτή και λαπαροσκοπική εκτομή του καρκίνου του παχέος εντέρου.

#### **Όρια εκτομής**

Στην COST trial, εγγύς και άπω όρια ήταν παρόμοια μεταξύ λαπαροσκοπικής και ανοικτής και με παρόμοιο ποσοστό ασθενών με όριο μικρότερο των 5 εκ. Στη COLOR παρόμοιο ποσοστό ασθενών στις δυο ομάδες είχαν θετικό όριο εκτομής και η μεταανάλυση δεν έδειξε διαφορές μεταξύ ανοικτής και λαπαροσκοπικής.

#### **Αριθμός λεμφαδένων**

Ο αριθμός λεμφαδένων που αφαιρούνται με το παρασκεύασμα είναι κριτήριο ογκολογικής επάρκειας της εκτομής. Αν και σε πρόδρομες ανακοινώσεις (Milsom 1998) ο αριθμός των λεμφαδένων ήταν μεγαλύτερος στην ανοικτή ομάδα, σε όλες τις τυχαίοποιημένες μελέτες και τις μεταanalύσεις, δεν υπάρχουν διαφορές.

#### **Ποσοστό μετατροπής**

Οι αρχικές αναφορές είχαν ποσοστό από 5-45%. Στην Barcelona trial ήταν 11%, στην COST 21%, στην COLOR 17% και στην MRC CLASSIC 25%. Αν και τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα από αυτά που αναφέρονται σε σειρές για καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του παχέος εντέρου 11.4-14.3%, στις μελέτες αυτές κύριες αιτίες μετατροπής ήταν διήθηση γύρω οργάνων ή στοιχειών, καθήλωση όγκου ή αμφιβολία για τα όρια εκτομής.

#### **Εγχειρητικός χρόνος, διάρκεια νοσηλείας και κόστος**

Ο χρόνος της λαπαροσκοπικής προσπέλασης κυμαίνεται από 142-180 λεπτά ενώ της ανοικτής 95-135, που είναι σημαντική διαφορά. Η λαπαροσκοπική κολεκτομή έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας κατά 1-2.4 μέρες. Αυτή είναι πολυπαραγοντική και αφορά λιγότερη χρήση ναρκωτικών και ταχύτερη κινητοποίηση του πεπτικού. Το κόστος στη COLOR ήταν ψηλότερο συνολικά στην λαπαροσκοπική (€9479 με 7235 ανοικτή). Αυτό ήταν αντανάκλαση του μεγαλύτερου εγχειρητικού κόστους (3493 έναντι 2322€). Στην MRC CLASSIC το εγχειρητικό κόστος ήταν ψηλότερο στη λαπαροσκοπική (€1596 έναντι 1327€), η νοσηλεία ψηλότερη στην ανοικτή (€2517 – 2667), ενώ το συνολικό παρόμοιο (5587-5503).

Εγχειρητική θνητότητα κι επιπλοκές

Η μεταanalύσεις δείχνουν μη στατιστικά σημαντικές διαφορές θνητότητας, 1.4% με 1.6%. Σχετικά με τις επιπλοκές στην Barcelona trial υπήρχε στη λαπαροσκοπική ομάδα μικρότερη απώλεια

αίματος, μετεγχειρητικός ειλεός και συνολική νοσηρότητα. Μια μεγάλη Ιταλική μελέτη (Braga et al) έδειξε μικρότερο αριθμό κηλών και αποφρακτικών ειλεών στη λαπαροσκοπική ομάδα, αλλά φαίνεται ότι η θνητότητα και οι άμεσες επιπλοκές είναι παρόμοιες στην ανοικτή και λαπαροσκοπική προσπέλαση.

#### **Ποιότητα ζωής**

Στην COST trial εξετάστηκε η ποιότητα ζωής με ειδικό ερωτηματολόγιο την 2<sup>η</sup> μέρα, 2<sup>η</sup> βδομάδα και 2<sup>ο</sup> μήνα και βρέθηκαν καλύτερα αποτελέσματα στη λαπαροσκοπική ομάδα στις 2 εβδομάδες. Στην MRC CLASSIC εξετάστηκε η ποιότητα ζωής τη 2<sup>η</sup> βδομάδα, τον 3<sup>ο</sup> μήνα, 6 μήνες, 18 μήνες και 3 χρόνια και βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα στην ανοικτή και λαπαροσκοπική. Στην COLOR καλύτερα αποτελέσματα είχαν στις 2 και 4 εβδομάδες στη λαπαροσκοπική ομάδα, ενώ ο Braga et al είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη λαπαροσκοπική στους 12 μήνες. Συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν παρόμοια ή ελαφρώς καλύτερα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στην λαπαροσκοπική ομάδα.

#### **Καρκίνος ορθού**

Είναι λιγότερες οι μεγάλες πολυκεντρικές τυχαίοποιημένες control μελέτες, για τον καρκίνο του ορθού και οι περισσότερες είναι προοπτικές μη τυχαίοποιημένες, χωρίς control group. Μεγάλη μελέτη από το Hong Kong με 403 ασθενείς, έδειξε υπεροχή της λαπαροσκοπικής στα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, που αφορούν τον πόνο, το μετεγχειρητικό ειλεό, την κινητοποίηση του εντέρου, την επανέναρξη σίτισης και τη διάρκεια νοσηλείας. Το ποσοστό μετατροπής ήταν 23%, αλλά τα ογκολογικά αποτελέσματα, όρια εκτομής, αριθμός λεμφαδένων, τοπική υποτροπή, ελεύθερο νόσου διάστημα και συνολική επιβίωση ήταν παρόμοια. Στην MRC CLASSIC, η εγχειρητική θνητότητα, οι επιπλοκές και τα score ποιότητας ζωής ήταν παρόμοια, αν και η διάρκεια νοσηλείας ήταν κατά 2 μέρες μικρότερη στη λαπαροσκοπική. Το ποσοστό μετατροπής ήταν 34%. Όλες οι δημοσιευμένες RCTs και οι μεταanalύσεις συμφωνούν πως τα αποτελέσματα λαπαροσκοπικής και ανοικτής προσπέλασης στον καρκίνο του ορθού είναι συγκρίσιμα.

#### **Ποιότητα ζωής και λειτουργικά αποτελέσματα**

Η MRC CLASSIC και η μελέτη η Ιταλική των Braga et al δείχνει βελτιωμένη ποιότητα ζωής τον πρώτο χρόνο, ενώ δεν υπάρχουν διαφορές στη λειτουργία του ουροποιητικού μεταξύ ανοικτής και λαπαροσκοπικής. Υπάρχει όμως χειρότερη ανδρική σεξουαλική λειτουργία (MRC CLASSIC, Dutch trial) και η TME (total mesorectal excision) και η μετατροπή σε ανοικτή είναι ανεξάρτητοι αρνητικοί παράγοντες σεξουαλικής δυσλειτουργίας στους άνδρες.

#### **Συμπεράσματα**

Η λαπαροσκοπική εκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας, παρόμοια ογκολογικά αποτελέσματα και δείκτες ποιότητας ζωής, συγκρινόμενη με την ανοικτή. Παρόλα αυτά έχει μεγαλύτερη διάρκεια χειρουργείου και κόστος για το σύστημα υγείας. Δεν υπάρχει κατευθυντήρια οδηγία για χρήση της μεθόδου σε καρκίνους του εγκάρσιου, σύγχρονους ή αποφρακτικούς. Για τον καρκίνο του ορθού σίγουρα χρειάζονται τυχαίοποιημένες μελέτες με κοντρόλ ομάδες, οι οποίες είναι σε εξέλιξη κι αναμένονται τα αποτελέσματα.

#### **Βιβλιογραφία:**

1. MC. Koopmann, CP. Heise. Laparoscopic and minimally invasive resection of malignant colorectal disease. Surg Clinics N America 88(2008)1047-1072.
2. E Kuhry, W Schwenk, R Gaupset, U Romild, J Bonjer. Long term outcome of laparoscopic surgery for colorectal cancer: A Cochrane sys-

tematic review of randomised controlled trials. Cancer treatment reviews(2008):34, 498-504.

3. DG Jayne, HC Thorpe, J Copeland, P Quirke, JM Brown, PJ Guillou. Five year follow up of the MRC CLASSIC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. Br J Surg 2010;97:1638-1645.
4. O Aziz, V Konstandinidis, P Tekkis, T Athanasiou, S Purkayastha, P Paraskeva, A Darzi, A Heriot. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: A meta-analysis. Ann Surg Oncology. 13(3):413-424, 2006.

## ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

**Βλάχος Ν.Φ.**

*FACOG, Av. Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»*

Τα πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής είναι γενικά γνωστά και αφορούν όλες τις χειρουργικές ειδικότητες. Η λαπαροσκοπική χειρουργική χαρακτηρίζεται από μικρότερες τομές, προσφέρει δυνατότητα για καλύτερη επισκόπηση της περιτοναϊκής κοιλότητας κάτω από μεγέθυνση, συνοδεύεται από μεγαλύτερη άνεση για τον ασθενή, γρήγορη ανάνηψη και ελάττωση του χρόνου νοσηλείας και ταχύτερη ανάρρωση και επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες. Επιπλέον στις περισσότερες περιπτώσεις η λαπαροσκοπική χειρουργική συσχετίζεται με μικρότερη απώλεια αίματος.

Από την άλλη η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι αναμφίβολα λιγότερο εργονομική μια και τα περισσότερα λαπαροσκοπικά εργαλεία έχουν 3 ή 5 βαθμούς ελευθερίας στην κίνηση (πολύ λιγότερα από το ανθρώπινο χέρι), είναι χρονοβόρα απαιτεί ειδική εξάσκηση καθώς επίσης και ειδικά εργαλεία και συσκευές πράγμα το οποίο μεταφράζεται σε υψηλό κόστος χειρουργείου. Τελικά είναι προφανές ότι κάθε λαπαροσκοπική επέμβαση μπορεί να χρειαστεί να μετατραπεί σε λαπαροτομία.

Είναι επίσης αυτονόητο ότι η λαπαροσκοπική χειρουργική δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να επηρεάζει την ριζικότητα και ποιότητα του χειρουργείου.

Γενικά θα μπορούσε κάποιος να υποστηρίξει ότι τα οφέλη της λαπαροσκοπικής αφορούν την άνεση του ασθενούς την οικονομία χώρου και κόστους στο νοσοκομείο από ελάττωση του χρόνου νοσηλείας. Την οικονομία για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο που προκύπτει από την γρήγορη επάνοδο στις δραστηριότητες. (rehabilitation)

Όσον αφορά την γυναικολογική ογκολογία η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι δυναμικά εφαρμόσιμη στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Καρκίνος ενδομητρίου
2. Καρκίνος τραχήλου της μήτρας.
3. Καρκίνος ωθηκών

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου περιλαμβάνει:

1. Αφαίρεση μήτρας- τραχήλου
2. Αφαίρεση ωθηκών
3. Αφαίρεση /βιοψία πυελικών λεμφαδένων
4. κοινών λαγονίων
5. Έξω λαγονίων
6. Έσω Θυρεοειδών

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου μήτρας

περιλαμβάνει:

1. Αφαίρεση μήτρας-τραχήλου και παραμητρικού ιστού
2. Αφαίρεση άνω τριτημορίου του κόλπου
3. Αφαίρεση πυελικών λεμφαδένων
4. Αφαίρεση / βιοψία παρα-αορτικών λεμφαδένων
5. Αφαίρεση λεμφαδένων στο γυναικολογικό καρκίνο.
6. Πυελική λεμφαδεκτομή
7. Βιοψίες περιτοναίου άνω και κάτω κοιλιάς
8. Αφαίρεση επιπλόου
9. Σκωληκοειδεκτομή.
10. Βιοψίες περιτοναίου άνω και κάτω κοιλιάς

Ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου των ωθηκών αρχικά περιλαμβάνει κλασική χειρουργική σταδιοποίηση με:

6. Αφαίρεση μήτρας και εξαρτημάτων
7. Αφαίρεση επιπλόου
8. Αφαίρεση πυελικών και παρά-αορτικών λεμφαδένων (Αρ. Νεφρική φλέβα)
9. Σκωληκοειδεκτομή.
10. Βιοψίες περιτοναίου άνω και κάτω κοιλιάς

σε προχωρημένο στάδιο έχει την έννοια της κυτταρομείωσης (επιπλέον αφαίρεση όλης της μακροσκοπικής νόσου από την περιτοναϊκή κοιλότητα):

1. Αφαίρεση όλων των προσβλημένων οργάνων άνω και κάτω κοιλιάς.
2. Αφαίρεση επιφανειακών μεταστάσεων από το ήπαρ και έντερο, σπλήνα, διάφραγμα κ.λπ.

Ένα από τα συχνότερα διλήματα με τα όποια έρχεται αντιμέτωπος ένας γυναικολόγος είναι η ανακάλυψη ενός μορφώματος (μάζας ή κύστης) ωθήκης.

Το ερώτημα που προκύπτει, είναι αν θα αντιμετωπιστεί με Λαπαροσκόπηση ή Λαπαροτομία. Στην απόφαση ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι η εκτίμηση για πιθανή κακοήθεια. Ο πρώτος Καρκίνος της Ωθήκης αφορά το 4% όλων των γυναικολογικών καρκίνων. Είναι η 2<sup>η</sup> συχνότερη αιτία θανάτου από γυναικολογικό καρκίνο και 4<sup>η</sup> αίτια θανάτου από όλους τους τύπους καρκίνου σε γυναίκες. (Yancik 1993). Η διάγνωση είναι τυχαία, είτε από υπερηχογραφικό έλεγχο, είτε κατά την διάρκεια λαπαροσκόπησης. Η πιθανότητα κακοήθειας κατά τη διάρκεια λαπαροσκόπησης για μάζα ωθήκης είναι 6.5 στις 1000 γυναίκες. (Wenzl 1996). Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου της ωθήκης κατά σειρά συχνότητας είναι οι παρακάτω:

1. Ορώδεις (40 to 70%);
2. Ενδομητριοειδείς, (20% to 25% ).
3. Βλεννώδεις( 5% to 20% (Kosary 1994).

Επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση του χειρουργού για το αν θα προχωρήσει σε λαπαροσκόπηση η λαπαροτομία, είναι η ηλικία, η ανάγκη διατήρησης της ωθήκης -ειδικά σε γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει- όπως και η πιθανότητα ρήξης κατά την διάρκεια λαπαροσκόπησης η οποία είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τη λαπαροτομία.

Η έννοια της ρήξης μιας ωθηκικής μάζας κατά την διάρκεια του χειρουργείου, είναι ιδιαίτερος σημαντική μια και θα προκύψει διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Γενικά οι περισσότεροι συμφωνούν, ότι η ιατρογενής ρήξη μιας κακοήθους μάζας κατά το χειρουργείο μπορεί να επιβαρύνει την πρόγνωση. Ειδικά κατά την λαπαροσκόπηση έχει δηχθεί ότι το CO<sub>2</sub> που χρησιμοποιείται, μπορεί να προκαλέσει καταστροφή του μεσοθηλίου και εμφύτευση κακοήθων κυττάρων.

Για όλους αυτούς τους λόγους, η λαπαροσκόπηση έχει περιοριστεί στην αντιμετώπιση καλοήθους παθολογίας ωθήκης. Η λαπαροσκοπική χειρουργική στο γυναικολογικό καρκίνο αποκτά έδαφος άλλα δεν έχει εδραιωθεί ακόμα. Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου έχει γίνει πιο δημοφιλής

και ποιο συχνή. Λαπαροσκοπική χειρουργική του καρκίνου του τραχήλου είναι τεχνικά ποιο δύσκολη και μόνο μερικές δεκάδες περιπτώσεων έχουν αναφερθεί. Στον καρκίνου της ωοθήκης δεν υπάρχουν ακόμα αρκετά στοιχεία που να υποδεικνύουν ποια μέθοδος είναι η καλύτερη.

Μέχρι σήμερα η ανοιχτή μέθοδος παραμένει η μοναδικά αποδεκτή μέθοδος για αντιμετώπιση του γυναικολογικού καρκίνου στα περισσότερα κέντρα.

## ΛΑΠΑΡΑΣΚΟΠΙΚΗ – ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

**Αναστασίου Ι.Π.**

*Χειρουργός-Ουρολόγος, Λέκτορας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. «Δαϊκό»*

Η πρώτη λαπαροσκοπική επέμβαση στην Ουρολογία ήταν νεφρεκτομή και έγινε από τον R. Clayman στο Saint Louis το 1990 ενώ το 1992 έγινε η πρώτη ριζική προστατεκτομή από τον Schuessler. Το 1998 το ρομποτικό σύστημα Da Vinci παίρνει άδεια από το FDA για χρήση σε χειρουργικές επεμβάσεις ενώ το 2000 γίνεται η πρώτη ριζική προστατεκτομή.

Η λαπαροσκοπική και η ρομποτικά υποβοηθούμενη ριζική προστατεκτομή και νεφρεκτομή σήμερα αποτελούν σήμερα εναλλακτικές χειρουργικές μεθόδους και έχουν σύμφωνα με τις τελευταίες μεταanalύσεις τα ίδια σχεδόν ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα με βραχύτερη νοσηλεία και μικρότερη απώλεια εργατωρών. Η ρομποτικά υποβοηθούμενη ριζική προστατεκτομή είναι η Νο.1 χειρουργική προσέγγιση για τον τοπικά εντοπισμένο καρκίνο προστάτη σήμερα στις Η.Π.Α όχι όμως και στην Ευρώπη ακόμη. Η ανοιχτή οπισθοβική ριζική προστατεκτομή όμως συνεχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κλινική πράξη αλλά σε κάθε σύγχρονη Ουρολογική κλινική πρέπει να γίνονται και οι τρεις χειρουργικοί τρόποι αντιμετώπισης.

Η λαπαροσκοπική και η ρομποτικά υποβοηθούμενη μερική νεφρεκτομή σε έμπειρους χειρουργούς είναι μία εναλλακτική χειρουργική μέθοδος σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μερική νεφρεκτομή με παρόμοια αποτελέσματα με την ανοιχτή ενώ χρειάζεται μεγαλύτερο follow up

Η λαπαροσκοπική και η ρομποτικά υποβοηθούμενη ριζική κυστεκτομή με εκτροπή των ούρων είναι ακόμη στα αρχικά στάδια, γίνεται μόνο σε μερικά κέντρα παγκοσμίως με μεγάλη όμως διάρκεια της επέμβασης ενώ τα αποτελέσματα της δεν μπορούν ακόμη να καθορισθούν με σαφήνεια.

Η καμπύλη εκμάθησης της λαπαροσκοπικής τεχνικής είναι μεγαλύτερη (περίπου 40 περιστατικά) σε σχέση με την ρομποτική.

Η λαπαροσκοπική προσπέλαση παραμένει πιο οικονομική ιδιαίτερα εάν χρησιμοποιούνται χειρουργικά λαπαροσκοπικά εργαλεία πολλαπλών χρήσεων.

## ΓΟΝΙΔΙΩΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ; ΑΛΛΑΖΕΙ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ;

**Ρούκος Δ.**

*Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Χειρουργικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων*

Παρά τις σημαντικές εξελίξεις την βασική, μεταφραστική και κλινική έρευνα μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί την τελευταία δεκαετία στα ποσοστά ίσαης ασθενών με συμπαγή καρκίνος κυρίως σε προχωρημένα στάδια νόσου. Η προτυποποίηση της χειρουργικής με στόχο την επίτευξη μιας R0 εκτομής (πλήρης αφαίρεση πρωτοπαθούς όγκου και των διηθημένων λεμφαδένων και της συμπληρωματική χημειοθεραπείας σε εξαιρεσίμους μη μεταστατικούς όγκους με ή χωρίς ακτινοθεραπεία αποτελούν και σήμερα την βασική πρακτική θεραπευτικής στρατηγικής. Την τελευταία δεκαετία αισιοδοξία έχει δημιουργήσει η στοχευμένη θεραπεία. Όμως με εξαίρεση μεμονωμένα στοχευμένα φάρμακα (trastuzumab) τα υπόλοιπα φάρμακα αυτής της κατηγορίας δεν δικαιολογούν την υπέρμετρη αισιοδοξία [1-4]. Ήδη η FDA στις ΗΠΑ με βάση πιο πρόσφατες τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης 3 αποσύρει τώρα μερικά πανάκριβα φάρμακα (πχ bevacizumab από την θεραπευτική αγωγή του μεταστατικού καρκίνου μαστού).

Γιατί δεν εκπλήσσουν τα απογοητευτικά αυτά αποτελέσματα καθώς και η βραδεία και μικρή μείωση της θνητότητας στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ΗΠΑ τα τελευταία χρόνια? Η νέα υψηλής απόδοσης τεχνολογία και κυρίως η επόμενη γενιά σάρωσης ολόκληρου του γονιδιώματος (next-generation sequencing [NGS]) αποκαλύπτουν τώρα ότι ο καρκίνος είναι ίσως η πιο περίπλοκη πάθηση σε βαθμό που δεν μπορούσαμε με βάση τα στοιχεία λίγα χρόνια νωρίτερα. Συστηματικές μελέτες με βάση την NGS τεχνολογία αποκαλύπτει ένα τεράστιο αριθμό μεταλλάξεων και σημαντική ετερογένεια ακόμη και μεταξύ ασθενών με τον ίδιο τύπο καρκίνου, στάδιο νόσου και συμβατικά κλινικο-παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά.

Στην παρούσα ομιλία θα παρουσιάσω τις σημαντικές προκλήσεις που θα προκύψουν ακόμη και μετά την ολοκλήρωση εν εξελίξει μελετών πλήρους σάρωσης γονιδιωμάτων χιλιάδων ασθενών με καρκίνο. Επίσης θα περιγράψω γιατί η μοντελοποίηση και πρόβλεψη αλληλεπίδρασης λειτουργικών ρυθμιστικών βιοσυστημάτων και ο κρίσιμος ρόλος των παραγόντων μεταγραφής, επιγενετικών αλλοιώσεων, microRNAs, ncRNA και χρωματίνης στα καρκινικά δίκτυα αποτελούν την πιο αξιόλογη, ορθολογιστική και ελπιδοφόρα ερευνητική κατεύθυνση για την μελλοντική ανακάλυψη της επόμενης γενιάς φαρμάκων και βιοδεικτών.

### Βιβλιογραφία

1. Alberts B. Model organisms and human health. *Science*. 2010 Dec 24;330(6012):1724.
2. Blaxter M. Genetics. Revealing the dark matter of the genome. *Science*. 2010 Dec 24;330(6012):1758-9.
3. modENCODE Consortium, Roy S, Ernst J, Kharchenko PV, et al. Identification of functional elements and regulatory circuits by Drosophila modENCODE. *Science*. 2010 Dec 24;330(6012):1787-97.
4. Beltrao P, Cagney, G, Krogan, N. Quantitative genetic interactions reveal biological modularity. *Cell*. 2010 May; 141(5):739-745.
5. Roukos DH. Trastuzumab and beyond: sequencing cancer genomes and predicting molecular networks. *Pharmacogenomics J*. 2010 Oct 26. [Epub ahead of print] doi:10.1038/tpj.2010.81
6. Roukos DH. Cancer Genome Explosion and Systems Biology: Impact



- on Surgical Oncology? *Ann Surg Oncol* 2011 Jan; 18(1): 12-15.
7. Roukos DH. Innovation versus evidence: to trust direct-to-consumer personal genomic tests? *Expert Rev Mol Diagn.* 2011 Jan;11(1):1-4.
  8. Roukos DH. Next-generation sequencing and epigenome technologies: potential medical applications. *Expert Rev Med Devices.* 2010 Nov;7(6):723-6.
  9. Katsios C, Ziogas DE, Liakakos T, Zoras O, Roukos DH. Translating Cancer Genomes Sequencing Revolution into Surgical Oncology Practice. *J Surg Res.* 2010 Nov 25. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1016/j.jss.2010.10.038.
  10. Roukos DH. Complete genome sequencing and network modeling to overcome trastuzumab resistance. *Pharmacogenomics.* 2010 Aug;11(8):1039-43.
  11. Roukos DH. Next-generation, genome sequencing-based biomarkers: concerns and challenges for medical practice. *Biomark Med.* 2010 Aug;4(4):583-6.
  12. Katsios C, Roukos DH. Individual genomes and personalized medicine: life diversity and complexity. *Per Med* 2010; 7(4): 347-350.
  13. Roukos DH, Katsios C, Liakakos T. Genotype-phenotype map and molecular networks: a promising solution in overcoming colorectal cancer resistance to targeted treatment. *Expert Rev Mol Diagn.* 2010 Jul;10(5):541-5.
  14. Roukos DH. Systems medicine: a real approach for future personalized oncology? *Pharmacogenomics* 2010; 11(3): 283-287.

## ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΤΟΠΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΝΕΦΡΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Φραγκουλίδης Γ.Π.

Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»

**Εισαγωγή:** Οι περισσότεροι ασθενείς με κακοήγη εξεργασία του νεφρού, έχουν τοπικά εκτεταμένη νόσο με διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων, ενδοαυλική διήθηση της νεφρικής φλέβας και σε ορισμένες περιπτώσεις και της κάτω κοίλης φλέβας (ΚΚΦ). Σήμερα, η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με τοπικά προχωρημένη νόσο, σε συνδυασμό σε ορισμένες περιπτώσεις με την συστηματική χορήγηση των νέων φαρμάκων όπως αναστολείς της κινάσης της τυροσίνης, έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της περιόδου ελεύθερης νόσου, σε ποσοστό 40%.<sup>1-3</sup>

### Χαρακτηριστικά του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του νεφρού

#### A. Διάγνωση και σταδιοποίηση της νόσου

Πολλοί από τους ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στα αρχικά στάδια της νόσου, με αποτέλεσμα στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση να αποτελεί τυχαίο εύρημα μετά από μια απεικονιστική εξέταση.<sup>4,5</sup> Χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία της νόσου είναι η οσφυαλγία, η αιματοουρία και ο ψηλαφητός όγκος της κοιλίας. Επιπλέον, μπορεί να εκδηλωθούν παρανεοπλασματικά σύνδρομα ή συμπτώματα από μεταστατικές εστίες όπως άλγος των οστών ή επίμονος βήχας. Σημαντικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση είναι η μη ανατασσόμενη υδροκήλη και τα αμφοτερόπλευρα οιδήματα των κάτω άκρων στις περιπτώσεις διήθησης ή απόφραξης της ΚΚΦ. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με απεικονιστική μέθοδο καθώς ο καρκίνος του νεφρού αντιστοιχεί στο 85-90% των συμπαγών μορφωμάτων του νεφρού. Εφόσον αποκλεισθεί η υποψία δευτεροπαθούς μεταστατικής εστίας στον νεφρό από άλλη νόσο ή λέμφωμα, δεν ενδείκνυται βιοψία για την διάγνωση του καρκίνου του νεφρού στις περιπτώσεις μεγά-

λων όγκων.<sup>4</sup> Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει διήθηση ή παρουσία θρόμβου ενδοαυλικά στη νεφρική ή την ΚΚΦ, γίνεται μαγνητική τομογραφία με σκοπό την καλύτερη απεικόνιση της επέκτασης του θρόμβου. Φλεβογραφία της ΚΚΦ γίνεται σε σπάνιες περιπτώσεις και εφόσον οι υπόλοιπες απεικονιστικές μέθοδοι κρίνονται μη ικανοποιητικές. Η παρουσία και η επέκταση του θρόμβου μπορεί να ελεγχθεί και με την Doppler υπερηχογραφία ή και με διουσιοφάνειο υπερηχογραφία διεγχειρητικά. Ο έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας (DMSA scan), σκοπό έχει την καλύτερη μετεγχειρητική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις μειωμένης νεφρικής λειτουργίας και του υγιούς νεφρού. Σύστοιχη επινεφριδεκτομή γίνεται σε όγκους σταδίου T3-4 και ιδιαίτερα εάν ο όγκος εντοπίζεται στον άνω πόλο του νεφρού ή/και εάν είναι σταδίου N1-3 ή σταδίου M1.<sup>6</sup>

#### B. Χειρουργική αντιμετώπιση

α. Όγκος νεφρού με θρόμβο στην νεφρική φλέβα και στην ΚΚΦ: σε ποσοστό 4-10% των ασθενών εμφανίζεται θρόμβος στην νεφρική φλέβα με επέκταση κεντρικά και σε ποσοστό 1% ο θρόμβος εντοπίζεται στο επίπεδο του δεξιού κόλπου.<sup>7</sup> Σε ασθενείς με ενδοαυλικό θρόμβο επιπέδου I, II, μετά τον αποκλεισμό της ΚΚΦ και της ετερόπλευρης νεφρικής φλέβας, αφαιρείται εν bloc ο νεφρός μαζί με τον θρόμβο από το σημείο έκφυσης της νεφρικής φλέβας. Στις περιπτώσεις με επέκταση του θρόμβου στην υποδιαφραγματική ΚΚΦ, γίνεται κινητοποίηση και πλήρης αγγειακός αποκλεισμός του ήπατος καθώς και αποκλεισμός της ΚΚΦ. Επιμήκης διατομή της ΚΚΦ γίνεται κατά περίπτωση με σκοπό την εν bloc εκτομή του παρασκευάσματος. Σε περίπτωση επέκτασης του θρόμβου στον δεξιό κόλπο (επίπεδο IV), η επέμβαση μπορεί να γίνει είτε με εξωσωματική κυκλοφορία είτε σε πάλλουσα καρδιά.

β. Διήθηση της ΚΚΦ: σε περίπτωση διήθησης της ΚΚΦ, ενδείκνυται η εκτομή της σε υγιή όρια με σκοπό την πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Εφόσον προεγχειρητικά δεν υπάρχει χρόνια απόφραξη και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας, γίνεται αντικατάσταση του τμήματος της ΚΚΦ με φλεβικό μόσχευμα, τμήμα περικαρδίου ή συνθετικό μόσχευμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επειδή η περιεγχειρητική θνητότητα είναι 5-10%, γίνεται προσεκτική επιλογή των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε επέμβαση.<sup>7</sup>

γ. Διήθηση γύρω οργάνων: σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει διήθηση των γύρω οργάνων από τον όγκο (στάδιο T4) και οι ασθενείς εμφανίζουν άλγος όταν υπάρχει επέκταση στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, στους μυς και στις νευρικές ρίζες. Διήθηση ήπατος, παγκρέατος, δωδεκαδακτύλου, εντέρου και διαφράγματος, σπανίως αναφέρονται επειδή ο όγκος φέρει κάψα και το μόνο που προκαλεί είναι πιεστικά φαινόμενα στα ανωτέρω όργανα. Η μόνη θεραπευτική προσέγγιση σε μερικές από αυτές τις περιπτώσεις είναι η εν bloc εκτομή του όγκου και των διηθήμενων οργάνων με αποτέλεσμα η 5ετης επιβίωση να είναι λιγότερη από 5%. Αντίθετα, η μερική εκτομή του όγκου ελάχιστα προσφέρει στην επιβίωση των ασθενών αυτών.<sup>4</sup>

δ. Τοπική υποτροπή: το ποσοστό τοπικής υποτροπής μετεγχειρητικά κυμαίνεται από 2-4% των ασθενών. Από αυτούς στο 40% δεν υπάρχει μεταστατική νόσος ενώ η χειρουργική εκτομή της υποτροπής σε υγιή όρια έχει σαν αποτέλεσμα 5ετή περίοδο ελεύθερης νόσου στο 30% των ασθενών αυτών.<sup>7</sup>

#### Συμπεράσματα

Η χειρουργική εκτομή του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του

νεφρού σε ασθενείς χωρίς μεταστατική νόσο σε άλλα όργανα (M<sub>0</sub>) είναι η αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση. Προεγχειρητικά ο λεπτομερής έλεγχος και η σταδιοποίηση της νόσου είναι σημαντικές παράμετροι, καθώς θα πρέπει να γίνει προσπάθεια εκτομής του όγκου σε υγιή όρια για την ελάττωση της πιθανότητας της τοπικής υποτροπής.

#### **Αναφορά περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν στο Αρεταίειο Νοσοκομείο**

Στη Β' Χειρουργική Κλινική νοσηλεύθηκαν την περίοδο 2000-2009, δέκα ασθενείς με τοπικά εκτεταμένη νόσο του καρκίνου του νεφρού και νεοπλασματικό θρόμβο της ΚΚΦ, ηλικίας 16-78 ετών. Από αυτούς οι επτά είχαν όγκο δεξιού νεφρού και τρεις είχαν όγκο αριστερού νεφρού. Ο θρόμβος ήταν επιπέδου I σε τρεις ασθενείς, II σε δύο, III σε τέσσερις και επιπέδου IV σε ένα ασθενή. Σε όλους έγινε επέμβαση νεφρεκτομής και αφαίρεσης του θρόμβου. Σε έναν ασθενή έγινε εκτομή μεταστατικής εστίας στο ήπαρ 5 έτη μετά την αρχική επέμβαση ενώ ένας ασθενής υπεβλήθη σε εκτομή τοπικής υποτροπής μετά 4 έτη. Τέσσερις ασθενείς απεβίωσαν 1-6 έτη μετά την επέμβαση, λόγω υποτροπής της νόσου και μετάστασης στον πνεύμονα.

#### **Βιβλιογραφία**

1. Bex A, Jonasch E, Kirkali Z, Mejean A, Mulders P, Oudard S, Patard JJ, Powles T, van Poppel H, Wood CG. Integrating Surgery with Targeted Therapies for Renal Cell Carcinoma: Current Evidence and Ongoing Trials. *Eur Urol*. 2010 Aug 27. [Epub ahead of print]
2. NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Kidney cancer*. v.2, 2010. National Comprehensive Cancer Network Web site. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/kidney.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/kidney.pdf).
3. Russo P. Multi-modal treatment for metastatic renal cancer: the role of surgery. *World J Urol*. 2010 Jun;28(3):295-301. Epub 2010 Apr 4.
4. A Rodriguez, MD, and WJ. Sexton, MD Management of Locally Advanced Renal Cell Carcinoma. *Cancer Control* July 2006, Vol. 13, No. 3
5. B Ljungberg, DC. Hanbury, MA. Kuczyk, AS. Merseburger, PFA Mulders, JJ Patard, IC Sinescu. Renal Cell Carcinoma Guideline. *European Urology* 51 (2007) 1502-1510
6. Management of kidney cancer: Canadian Kidney Cancer Forum Consensus Statement. *Canadian Kidney Cancer Forum 2008*, CUAJ 2008;2(3):175-82
7. MA Otaibi, S Tanguay. Locally advanced renal cell carcinoma. *CUAJ* June 2007 Vol 1, Issue 2 Suppl.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**

**Λιονής Χ.**

*Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης*

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και γενικότερα των εκβάσεων στη χειρουργική ογκολογία αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα συζήτησης στη διεθνή βιβλιογραφία. Η είσοδος της evidence-based ιατρικής έχει επηρεάσει τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται σήμερα στην έρευνα στη χειρουργική ογκολογία. Η παρουσίαση αυτή στοχεύει να συζητήσει μεθόδους συστηματικής ανασκόπησης της μαρτυρίας (evidence), καθώς και μεθόδους αξιολόγησης των εκβάσεων στη χειρουργική ογκολογία με ιδιαίτερη αναφορά στις μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης όπως αυτές της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness), της

ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility) και της ανάλυσης κόστους-αποδοτικότητας (cost-efficiency). Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην αξιολόγηση των εκβάσεων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (health related quality of life). Παρουσιάζονται επιλεγμένες και προσφάτως δημοσιευμένες μελέτες για την κατανοήση της ερευνητικής μεθοδολογίας.

## **ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

**Τέντες Α.- Α. Κ.**

*Δρ. Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Χειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν. Διδυμοτείχου*

Το ισχυρότερο εργαλείο στη διάθεση της ιατρικής, για την αντιμετώπιση των ενδοκοιλιακών και ενδοπευλικών κακοήθων νοσημάτων, αποτελεί αναμφίβολα, η ριζική χειρουργική εξαίρεση των όγκων. Στην περίπτωση των νοσημάτων, τα οποία συνοδεύονται από περιτοναϊκή κακοήθεια, ακόμη και εάν εξαιρεθεί όλος ο όγκος και δεν υπάρχει μακροσκοπικά ορατός όγκος, ο μικροσκοπικός υπολειμματικός όγκος θα είναι πάντοτε παρών και εάν αφαιρεθεί ως έχει, θα δώσει ανάπτυξη σε ορατό όγκο, μέσα σε 2-3 χρόνια από της εξαιρέσεως.

Η εκρίζωση του μικροσκοπικού υπολειμματικού όγκου είναι δυνατή με τη χορήγηση χημειοθεραπείας ενδοπεριτοναϊκά.

Είναι γνωστό ότι μεταξύ περιτοναίου και πλάσματος υπάρχει ένας ανατομικός-λειτουργικός φραγμός, αποτελούμενος από τουλάχιστον 5 διαφορετικές ιστικές δομές<sup>1,2</sup>, ο καλούμενος φραγμός περιτοναίου-πλάσματος, ο οποίος έχει την ιδιότητα να κατακρατά ουσίες χορηγούμενες ενδοπεριτοναϊκά, οι οποίες ασκούν τις φαρμακολογικές τους ιδιότητες τοπικά, πριν απορροφηθούν στην συστηματική κυκλοφορία. Ο χρόνος απορρόφησης τους εξαρτάται από το μοριακό τους βάρος<sup>3,4</sup>. Έτσι, τα κυτταροστατικά φάρμακα, τα περισσότερα από τα οποία είναι ενώσεις μεγάλου μοριακού βάρους, έχουν την ιδιότητα να κατακρατώνται επί μακρόν στις ορογονικές επιφάνειες του περιτοναίου, όταν χορηγηθούν ενδοπεριτοναϊκά και να ασκούν έντονα και παρατεταμένα την κυτταροτοξική τους δράση. Η κυτταροτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων δεν είναι απεριόριστη. Έχουν την ικανότητα να δράσουν μέχρι βάθους 2-3mm<sup>5</sup>. Κατά συνέπεια είναι δυνατόν να ασκήσουν πραγματική κυτταροτοξική δράση μόνον στον μικροσκοπικό υπολειμματικό όγκο. Στην περίπτωση κατά την οποία, αυτή η θεραπευτική προσέγγιση συνδυασθεί με θερμότητα, αυξάνεται η κυτταροτοξική δράση των χημειοθεραπευτικών, διότι η θερμότητα 1. έχει αφ' εαυτής κυτταροτοξική ιδιότητα, 2. αυξάνει την διείσδυση των φαρμάκων στους ιστούς και 3. αυξάνει την δράση επιλεγμένων κυτταροστατικών φαρμάκων. Έχει παρατηρηθεί ότι η μέγιστη δράση της θερμότητας στο υπολειμματικό καρκινικό φορτίο είναι δυνατό να επιτευχθεί μεταξύ 42.5-43°C. Σε θερμοκρασίες υψηλότερες διακυβεύεται η ακεραιότητα των φυσιολογικών κυττάρων.

Επομένως, η υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία είναι δυνατό να ωφελήσει ασθενείς, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε CC-0 ή CC-1 κυτταρομειωτικές επεμβάσεις. Επίσης είναι δυνατό να ωφελήσει στις περιπτώσεις διεγχειρητικής διασποράς της νόσου, παρά την ογκολογικά αποδεκτή χειρουργική εξαίρεση (R<sub>0</sub>), ακόμη και όταν δεν έχει αναπτυχθεί ορατή



μακροσκοπικά περιτοναϊκή κακοήθεια. Έτσι, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένων όγκων του στομάχου, του παχέος εντέρου και ορθού, του λεπτού εντέρου, του παγκρέατος ή των έσω γεννητικών οργάνων θήλεος, με σκοπό την εκρίζωση, των, πιθανώς, διαφυγόντων καρκινικών εμβόλων, τα οποία εγκλωβίζονται στις τραυματισμένες, γειτονικές περιτοναϊκές επιφάνειες, κατά τη διάρκεια της χειρουργικής εξαιρέσεως της πρωτοπαθούς εστίας.

Τέλος είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί στον ανθεκτικό κακοήθη ασκίτη, παρηγορικά, ώστε να αποτραπεί η ανάπτυξη του υπό τάνειν<sup>6</sup>.

### Βιβλιογραφία

1. Jacquet P, Vidal-Jove J, Zhu B, Sugarbaker PH. Peritoneal carcinomatosis from gastrointestinal malignancy: natural history and new prospects for management. Acta Chir Belg 1994, 94: 191-197
2. Sugarbaker PH. Cytoreductive approach to peritoneal carcinomatosis: peritonectomy and intraperitoneal chemotherapy. In: Postgraduate Advances in Colorectal Surgery. Forum Medicum, 1991, II-X.
3. Flessner ME, Fenstermacher JD, Blasberg J, de Cruijn EA, et al. Peritoneal absorption of macromolecules studied by quantitative autoradiography. Am J Physiol 1985, 248: 26-32
4. Sugarbaker PH, Cunliffe WJ, Belliveau J, et al. Rationale for integrating early postoperative intraperitoneal chemotherapy into the surgical treatment of gastrointestinal cancer. Semin Oncol 1989, 16: 83-97
5. Flessner MF, Dedrick RL, Schultz JS. A distributed model of peritoneal-plasma transport: Analysis of experimental data in the rat. Am J Physiol 1985, 248: F413-F424
6. Sugarbaker PH. Treatment of peritoneal malignancy with the use of intraperitoneal chemotherapy and cytoreductive surgery. A Manual for physicians and nurses.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Νικολαΐδη Α.

Ογκολόγος-Παθολόγος, Ογκολογικό Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. «Κυανούς Σταυρός»

Η φυσιολογική σεξουαλική ζωή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η σεξουαλική επιθυμία, η φυσιολογική στυτική ικανότητα και η ικανότητα επίτευξης οργασμού. Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να εμφανιστεί νωρίς κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου και να σχετίζεται με τους χειρουργικούς χειρισμούς, την ακτινοβολία, τη χημειοθεραπεία ή και την ορμονοθεραπεία. Μπορεί βέβαια να οφείλεται και σε ψυχολογικούς παράγοντες. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Δυστυχώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν προβάλλεται ως πρόβλημα, διότι τις περισσότερες φορές δεν συζητείται μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελλιπής αντιμετώπιση.

Οι επιδράσεις της χημειοθεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία μπορούν να χωριστούν σε άμεσες και μεταγενέστερες.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα παίζει καθοριστικό ρόλο στη σεξουαλική λειτουργία. Έτσι η νευροτοξικότητα που μπορεί να προκληθεί από ορισμένα χημειοθεραπευτικά, μπορεί θεωρητικά

να προκαλέσει απουσία εκσπερμάτισης, παλίνδρομη ή επώδυνη εκσπερμάτιση στους άνδρες και στις γυναίκες δυσπαρευνία και απουσία οργασμού. Ωστόσο δεν υπάρχουν στις καταγεγραμμένες ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ως χημειοθεραπευτικά στον καρκίνο του ορθού. Η βλεννογονίτιδα που προκαλείται από τα χημειοθεραπευτικά, μπορεί να προκαλέσει επίσης δυσπαρευνία για τις γυναίκες και επώδυνη επαφή για τους άνδρες.

Ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με την σεξουαλική ζωή, θα πρέπει να δίδονται στους ασθενείς, έτσι ώστε να αποκτηθεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα και να προταθούν πιθανές λύσεις που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Βαϊδάκης Ν.

Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Π.Γ.Ν.Α. «Αιγινήτειο»

Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί μια έντονη κρίση σε πολλά επίπεδα, στο άτομο και την σύντροφό του. Μια κρίση, που απαιτεί γρήγορη αναπροσαρμογή της ζωής στις νέες συνθήκες. Ένα τμήμα της αναπροσαρμογής αυτής είναι και η σεξουαλική ζωή. Αν κάποιος έχει καρκίνο δεν σημαίνει ότι υποχρεωτικά θα έχει μεταβολές στη σεξουαλική του επιθυμία ή στην εικόνα του σώματός του ως σεξουαλικό ον. Μπορεί να μην παρουσιάζονται ουσιαστικές μεταβολές. Ωστόσο, ορισμένες φορές μπορεί οι επιπτώσεις από τον καρκίνο ή την θεραπευτική του αντιμετώπιση, να προκαλούν μεταβολές στην εικόνα του σώματος και επηρεάζεται ο τρόπος που βιώνει τον εαυτό του και την σεξουαλικότητά του. Επειδή όλοι μας είμαστε διαφορετικοί, είναι δύσκολο να προβλέψουμε με σιγουριά πώς ακριβώς ο καρκίνος του ορθού θα επηρεάσει την σεξουαλικότητα καΗ θεραπεία του καρκίνου του ορθού συχνά προκαλεί σημαντικές μεταβολές στην εικόνα του σώματος. Οι μεταβολές αυτές μπορεί να μην επηρεάζουν άμεσα τη σεξουαλική λειτουργία αλλά μπορεί να κάνουν κάποιον να νιώθει λιγότερο ελκυστικό σεξουαλικά.

Κάποιοι ασθενείς θεωρούν πολύ δύσκολο να αποδεχθούν τέτοιες μεταβολές. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη από ειδική ομάδα

Ο καρκίνος δεν προκαλεί μόνο σωματικές μεταβολές.

Προκαλεί επίσης μια σειρά από συναισθηματικές μεταβολές όπως φόβο, ανησυχία, ευερεθιστικότητα, οργή, θλίψη, άγχος, κατάθλιψη. Το άγχος μπορεί να περιπλέξει τις όποιες σεξουαλικές δυσκολίες προκαλούνται από την θεραπεία του καρκίνου του ορθού.

Αν υπάρχει ήδη μια σεξουαλική σχέση, η στάση μπορεί να είναι διαφορετική από κάποιον που δεν έχει ακόμα σύντροφο. Αν υπάρχει μια συναισθηματική σχέση, μια κρίση μπορεί να φέρει το ζευγάρι πιο κοντά. Ακόμα και αν δεν υπάρχει σύντροφος χρειάζεται να κανείς να νιώθει ότι εξακολουθεί να είναι ελκυστικός. Ο καρκίνος του ορθού μπορεί να επηρεάζει ιδιαίτερα ορισμένα άτομα με ομοφυλοφιλικό σεξουαλικό προσανατολισμό.

## Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Παπατσώρης Α.

Λέκτορας Ουρολογίας, Β' Ουρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο»

Η χρήση τυποποιημένων βαθμονομημένων ερωτηματολογίων (π.χ. IIEF) είναι χρήσιμη για τη διάγνωση της στυτικής δυσλειτουργίας (ΣΔ), αλλά και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Είναι σημαντική η άμεση έναρξη της θεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί υποξία και ίνωση στα σηραγγώδη σώματα. Η από του στόματος θεραπεία περιλαμβάνει τους PDE5 αναστολείς που προϋποθέτουν σεξουαλικό ερέθισμα. Κύριος αντιπρόσωπος είναι η σιλденаφίλη σε κατ' επίκληση δόσεις 25, 50 και 100 mg, που δρα μετά από 30-60 min και έχει διάρκεια μέχρι 12 ώρες. Άλλος PDE5 αναστολέας είναι η τανταλαφίλη σε κατ' επίκληση δόσεις 10 και 20 mg, που δρα μετά από 2 ώρες και έχει διάρκεια μέχρι 36 ώρες, ενώ πλέον χρησιμοποιείται και η καθημερινή δοσολογία των 2.5 και 5 mg. Τέλος, στην ίδια κατηγορία φαρμάκων ανήκει και η βαρνεναφίλη σε κατ' επίκληση δόσεις 5, 10 και 20 mg, που δρα μετά από 30 min. Απόλυτη αντένδειξη χορήγησης των PDE5 αναστολέων αποτελεί η λήψη νιτρωδών. Επί αντένδειξης χορήγησης PDE5 αναστολέων μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η απομορφίνη που δρα κεντρικά. Στη θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής μπορούν να χρησιμοποιηθούν και οι συσκευές κενού, συνηθέστερα σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η θεραπεία 2<sup>ης</sup> γραμμής περιλαμβάνει την ενδοσηραγγώδη χορήγηση αλπροσταδίνης σε δόσεις 5-40 mg, η οποία δρα άμεσα σε 5-15 min. Σε ενδοσηραγγώδη μορφή μπορεί να χορηγηθεί και μείγμα των αγγειοδραστικών ουσιών αλπροσταδίνης, παπαβερίνης και φαινολαμίνης. Προσοχή απαιτείται επί παρατεταμένης στύσης, πάνω από 4 ώρες, για την αντιμετώπιση της επιπλοκής του πριαπισμού. Η προσταγλανδίνη E1 μπορεί να χορηγηθεί και με τη μορφή ενδοουρηθρικού υπόθετου. Η θεραπεία 3<sup>ης</sup> γραμμής περιλαμβάνει τη χειρουργική τοποθέτηση πείκης πρόθεσης (συνηθέστερα τριών τεμαχίων) με πιθανές επιπλοκές τη μηχανική βλάβη (5%) και τη λοίμωξη (3%). Η μελλοντική έρευνα για τη θεραπεία επεκτείνεται από την αξιολόγηση νεότερων PDE5 αναστολέων (π.χ. αβαναφίλη) ως την εφαρμογή της γονιδιακής θεραπείας (π.χ. NOS).

Στην παρούσα ομιλία θα αναφερθούν και συγκεκριμένα δεδομένα από μελέτες για την αντιμετώπιση της ΣΔ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία καρκίνου του ορθού.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Πατσούρας Κ.

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Παν/μίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Η συχνότητα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες που

πάσχουν από καρκίνο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο της νόσου και την ακολουθούμενη θεραπευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας και των ορμονικών χειρισμών. Παρ' ότι η ποιότητα της σεξουαλικής ζωής εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό θέμα για τις παραπάνω ασθενείς και τους συντρόφους τους, οι περισσότεροι ιατροί που συμμετέχουν στη φροντίδα τους δείχνουν να το αγνοούν. Ανάμεσα στους παράγοντες που φαίνεται να εμποδίζουν τη βελτίωση της σεξουαλικότητας των καρκινοπαθών γυναικών ξεχωρίζουν η ελλιπής γνώση αρκετών επαγγελματιών της υγείας για τα συγκεκριμένα θέματα, η αποκλειστική ενασχόληση με τη θεραπεία της κύριας νόσου, η αμοιβαία αμηχανία στη συζήτηση των σεξουαλικών προβλημάτων και η αντίληψη ότι η επίλυσή τους είναι σχεδόν αδύνατη.

Η αντιμετώπιση των γυναικών με καρκίνο και σεξουαλικές διαταραχές πρέπει να γίνεται από ομάδα ιατρών και, ιδανικά, να είναι αιτιολογική. Σε αυτή την κατεύθυνση, η λήψη πλήρους ιστορικού ως προς τη σεξουαλική ζωή αποτελεί το πρώτο βήμα. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει, επιπλέον, να δίνεται στη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή, στην κατανάλωση αλκοόλ, σε άλλες παθήσεις που ενδεχομένως να συνυπάρχουν, στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, στην επίδραση της εικόνας του σώματος και σε γενικές εκδηλώσεις, όπως η εύκολη κόπωση και η δύσπνοια. Η ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη όταν αναφέρεται μειωμένη σεξουαλική επιθυμία ή οργασμοί, ενώ συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των πιθανών ψυχολογικών και διαπροσωπικών προβλημάτων. Οι χειρουργικές επεμβάσεις που στοχεύουν στη διατήρηση σημαντικών για τη σεξουαλική λειτουργία νεύρων, όπου υπάρχουν οι σχετικές ενδείξεις, δίνουν υποσχόμενα αποτελέσματα. Η ασφάλεια της συστηματικής χορήγησης οιστρογόνων, συνδυασμών οιστρογόνων-προγεστερόνης και τιμπολόνης για τη βελτίωση των μετεμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων αμφισβητείται. Από την άλλη πλευρά, η λήψη τοπικών οιστρογόνων, η χρήση λιπαντικών και, ενίοτε, διαστολέων έχουν ευεργετική δράση σε περιπτώσεις κολπικής ατροφίας ή στένωσης. Ο ρόλος της τεστοστερόνης στη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας των γυναικών με καρκίνο δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Τέλος, η εξασφάλιση ποιοτικών, ιδιωτικών χώρων και "προστατευμένου χρόνου" στα ιδρύματα που νοσηλεύονται οι πάσχοντες από καρκίνο μπορεί να συνεισφέρει στην αναβάθμιση της σεξουαλικής τους ζωής.

### Βιβλιογραφία

1. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health (Lond Engl)* 2010;6:407-29.
2. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010;66:23-6.

## SURGERY FROM NEUROENDOCRINE TUMORS Åkerström G.

MD, PhD, Professor, Department of Surgery University Hospital, Uppsala, Sweden

The term neuroendocrine tumors (NET) is used to describe tumors originating in a diffuse endocrine cell system of the embryological gut, lungs, pancreatic islet cells, thyroid parafollicular cells, and chromaffine cells of the adrenal and paraganglioma system. The clinical behavior of NETs is variable, they may be

functioning, and associated with symptoms of hormone excess, or non-functioning, without hormonal symptoms, and range from well differentiated to poorly differentiated, highly malignant lesions. Carcinoids account for about two thirds of NETs, and may in about 10% be associated with the carcinoid syndrome. For the most common gastric carcinoids, which occur in patients with atrophic gastritis, there is minimal risk for metastases and the extent of surgery depends on tumour size. Sporadic gastric carcinoids may be aggressive, with poorer prognosis and strong requirements of aggressive resection. The carcinoid syndrome is most commonly caused by midgut carcinoids, which require surgery for excision of the primary tumor and mesenteric metastases to minimize risk for abdominal complications, but also for removal of liver metastases to palliate hormonal symptoms. The rectal carcinoids can be successfully locally excised when smaller than 1 cm if deep invasion is excluded by endoscopic ultrasound; whereas larger and invasive tumors require wider excision and have impaired survival.

Pancreatic endocrine tumours (PETs) account for about one third of NETs. Insulinoma and gastrinoma are most common of functioning PETs, and may cause severe hormonal symptoms despite inconspicuous size, but can be successfully removed with increasingly efficient pre- and intra-operative localisation diagnosis. Other entities, glucagonoma, vipoma, and non-functioning PETs, are often large and metastasising, but require serious efforts of surgical removal to alleviate hormonal symptoms and to obtain favourable survival. Surgical removal is indicated also with large tumors due to risk of gastric outlet obstruction, or portomesenteric vein invasion. Occasional PETs may be complicated by ectopic ACTH secretion causing a Cushing syndrome. All entities of PETs may be familial and occur with the MEN1 syndrome, whereas rare hereditary PETs associated with the von Hippel Lindau syndrome are virtually invariably non-functioning. Combinations of surgical and oncologic treatment have become increasingly important in patients with NETs, and have proven to result in marked symptom palliation and often favorable survival.

## THE SPECIALIZATION OF SURGICAL ONCOLOGY: WHAT IS A SURGICAL ONCOLOGIST?

**Balch Ch.**

*MD, FACS, Professor of Surgery, Oncology, and Dermatology Johns Hopkins Medical Institutions*

*Baltimore, Maryland, USA, Editor-in-Chief, Annals of Surgical Oncology*

A surgical oncologist has acquired special skills and expertise and has made a commitment to treating patients who have neoplasms. Although surgical treatment is the centerpiece of our subspecialty, what differentiates surgical oncology from other areas of surgery is the oncology experience and expertise needed in dealing with all aspects of cancer management in a multidisciplinary fashion. The following characteristics can be ascribed to a surgical oncologist:

Has an extensive knowledge of the disease process, the poten-

tial therapies available, and the ability to guide the patient appropriately with the best combination and sequence of cancer treatments;

Is both a competent technical surgeon and a skilled oncologist; Has the knowledge and judgment to safely apply surgical treatment options ranging from the conservative to the radical in individual patients based on the biology of their disease;

Is able to coordinate multidisciplinary cancer care and be an effective partner on a multidisciplinary care team of oncologists from different specialties;

Can handle complex and unusual presentations of cancer;

Can bring to patient care all levels of cancer rehabilitation, including teaching psychosocial coping, maximizing quality of life, and returning the patient to employment as soon as possible;

Provides long-term follow-up care for detecting recurrences and second primaries.

Is able and willing to participate in the design and implementation of cancer clinical trials?

Provides educational leadership in cancer surgery and oncology management to surgical residents and medical students

Provides educational and consultative assistance to the practicing physician in the community regarding multidisciplinary care of common malignancies.

Thus, a surgical oncologist is a broad-based surgeon and an oncologist in a global sense. The surgical oncologist has the training, judgment, and experience to safely and adeptly perform cancer operations with the goals of cure, local disease control, staging, or a combination thereof. He or she must be able to coordinate all oncology-related aspects of patient care and communicate with the medical oncologist and radiation oncologist in a competent and well-informed manner. This requires a sound knowledge of cancer biology.

The surgical oncologist has the important responsibility of coordinating multidisciplinary cancer care and counseling patients about the appropriate combinations and sequences of cancer treatment options appropriate for their stage of disease. Thus, the surgical oncologist has a pivotal role in therapy planning and management. To do this, the surgeon must fully understand the indications, risks, and benefits of using adjuvant chemotherapy, hormone therapy, and radiotherapy, especially when there is demonstrable benefit from prospective clinical trials. The surgical oncologist must also be able to fully use all resources for physical and emotional restoration of the patient to a maximum state of rehabilitation.

Surgical oncology is one of the major growth areas amongst surgical specialties. The role of the surgical oncologist will increase substantially during the next decade because rapid advances in cancer management (many made by surgeons) will increasingly demand a cadre of surgical oncology specialists to fulfill those functions described here. It is uncommon today and will be rare in the future for a cancer patient not be treated in a multidisciplinary environment; therefore, all surgeons must be trained and equipped to participate meaningfully in this rapidly evolving oncology field. Powerful new tools and techniques will allow us to understand this complex and diverse disease at a much more fundamental level in the near future.

## Ο ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΩΣ «ΕΠΕΙΓΟΝ» ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Ξυνόπουλος Δ.

Δρ. Δ/ντης Γαστρεντερολογικής Κλινικής Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Η απόφραξη του πεπτικού σωλήνα σε ογκολογικό ασθενή, ο οποίος προσέρχεται, ως επείγον χειρουργικό περιστατικό αφορά κατά μείζονα λόγο το λεπτό και το παχύ έντερο. Στις περιπτώσεις αυτές ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα ειλεού.

Η απόφραξη του οισοφάγου και του στομάχου προκαλεί κυρίως δυσκαταποσία και εμέτους.

Στο 20% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου(ΚΠΕ), αναπτύσσεται τμηματική απόφραξη του αυλού. Το 75% των στενώσεων, που προκαλούνται από την ανάπτυξη καρκίνου, εντοπίζονται στο αριστερό κόλο και στην περιοχή του ορθό-σιγμοειδούς. Η στένωση του αυλού συνεπεία της νόσου μπορεί να προκαλέσει ειλεό. Ένα ποσοστό 8% - 29% των ασθενών με ΚΠΕ εμφανίζουν απόφραξη του αυλού σαν πρώτο σύμπτωμα.

Η χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση σε ασθενείς με ΚΠΕ και συμπτώματα ειλεού είναι η προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία. Η προσπάθεια εκτομής του όγκου και η πραγματοποίηση αναστόμωσης σε ένα «χρόνο», σε ασθενείς με ειλεό από καρκίνο παχέος εντέρου, προκαλεί αρκετές επιπλοκές με σπουδαιότερες τη ρήξη της αναστόμωσης ή τη διαφυγή και η θνητότητα υπερβαίνει το 10%.

Μία πολλή καλή εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση σε σχέση με την χειρουργική αντιμετώπιση είναι η τοποθέτηση ενδοσκοπικά ενδοπρόθεσης(stent) στο παχύ έντερο, σε περίπτωση κακοήθους εντερικής απόφραξης.

Οι μεταλλικές ενδοπρόθεσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για προεγχειρητική αντιμετώπιση οξείας απόφραξης για την αποφυγή προσωρινής κολοστομίας και μόνιμη παρηγορητική θεραπεία σε ανεγχείρητους καρκίνους.

Η τοποθέτηση εντερικών ενδοπρόθεσεων έχει προταθεί ως μία λύση «γέφυρας» προς το χειρουργείο σε ασθενείς με οξεία κακοήγη απόφραξη του παχέος εντέρου και δυνητικά εγχειρήσιμη νόσο. Η ενδοσκοπική τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης επιτυγχάνει ανακούφιση των συμπτωμάτων της απόφραξης. Παράλληλα προσφέρεται για την κατάλληλη προεγχειρητική προετοιμασία του εντέρου αλλά και την σταδιοποίηση της νόσου.

Η τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης, ως γέφυρα για ένα προγραμματισμένο χειρουργείο συγκρινόμενη με την επείγουσα χειρουργική επέμβαση έχει σαν αποτέλεσμα μικρότερη χειρουργική επέμβαση, μικρότερο χρόνο νοσηλείας, και λιγότερο χρόνο παραμονής σε μονάδα εντατικής θεραπείας.

Η πρώτη επιτυχής τοποθέτηση ενδοπρόθεσης πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 1990 από τον Dohmoto για παρηγορητική θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου φθάνει το 90% και η ασφάλεια της 85%.

Από τότε η τεχνική έχει παραμείνει σχεδόν η ίδια. Πριν την τοποθέτηση είναι απαραίτητη η διενέργεια ακτινογραφίας κοιλίας για να αποκλεισθεί τυχόν εντερική διάτρηση και αξονική τομογραφία για να υπολογισθεί το ύψος της απόφραξης και να γίνει σταδιοποίηση της νόσου. Προφυλακτική αντιβίωση πρέπει να χορηγηθεί σε ασθενείς με πλήρη απόφραξη καθώς η εμφύσηση αέρα

μέσω του ενδοσκοπίου μπορεί να οδηγήσει σε μικροδιατρήσεις και βακτηριαιμία. Ο ασθενής τοποθετείται σε αριστερά πλάγια θέση ενώ σπανίως χρειάζεται καταστολή.

Η ενδοσκοπική τοποθέτηση stent σε κακοήθεις στενώσεις του παχέος εντέρου απαιτεί εξειδίκευση και εμπειρία. Απεικονίζεται η έκταση και η θέση της στένωσης κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπησης με σκιαγράφηση της στένωσης με γαστρογραφίνη μέσω ενδοσκοπικού καθετήρα. Υπό ακτινοσκοπικό και ενδοσκοπικό έλεγχο προωθείται το οδηγό σύρμα άνωθεν της στένωσης και τοποθετείται η ενδοπρόθεση επί του οδηγού σύρματος, δια μέσου του κολοσκοπίου. Χρησιμοποιούνται αυτοδιατεινόμενες μεταλλικές ενδοπρόθεσεις μήκους 6-9-12 cm χωρίς επικάλυψη και διαμέτρου 20 mm και 22 mm.

Οι μεταλλικές ενδοπρόθεσεις χρησιμοποιούνται κυρίως σε ανεγχείρητους καρκίνους του παχέος εντέρου σαν μία πολλή καλή παρηγορητική θεραπεία, για αποφυγή μόνιμης κολοστομίας. Η παρηγορητική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης επιτυγχάνει σημαντική μείωση του αριθμού των ασθενών που θα υποβληθούν σε κολοστομία, μικρότερο χρόνο νοσηλείας και πιο γρήγορη αποκατάσταση της εντερικής σίτισης από του στόματος σε σύγκριση με την μόνιμη κολοστομία. Η τοποθέτηση ενδοπρόθεσης μπορεί να συνδυασθεί με χημειο και ακτινοθεραπεία, προσφέροντας σημαντικά οφέλη σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης. Το κόστος είναι συνολικά μειωμένο κατά 6,9% σε σύγκριση με την μόνιμη κολοστομία. Η τοποθέτηση της εντερικής ενδοπρόθεσης δεν είναι πάντοτε τεχνικά δυνατή ή κλινικά επιτυχής.

Λόγω της ευρύτερης εφαρμογής ενδοπρόθεσεων παχέος εντέρου, είτε προεγχειρητικά, είτε παρηγορητικά, τελευταία διατίθενται από διάφορες κατασκευαστικές εταιρείες, ένας μεγάλος αριθμός ειδικών εντερικών ενδοπρόθεσεων. Το υλικό από το οποίο κατασκευάζονται αποτελείται από ειδικό κράμα τιτανίου(Nitinol), το οποίο διαθέτει την κατάλληλη ελαστικότητα, ώστε να διατηρεί επαρκή βατότητα του εντερικού αυλού ακόμα και στις ανακάμψεις του παχέος εντέρου. Έχουν looped άκρα ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος εντερικής ρήξης κατά την απελευθέρωση της ενδοπρόθεσης. Οι ενδοπρόθεσεις διατίθενται με ή χωρίς επικάλυψη. Προτιμούνται αυτές χωρίς επικάλυψη διότι οι επικαλυμμένες μεταναστεύουν συχνότερα, είναι πιο άκαμπτες και διαθέτουν μεγαλύτερο καθετήρα. Μετά την ενδοσκοπική τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης βελτιώνεται η κλινική εικόνα του ασθενούς και αποφεύγεται η παρηγορητική κολοστομία. Η κλινική επιτυχία της κολοστομίας φθάνει στο 100%, και της ενδοσκοπικής τοποθέτησης stent κυμαίνεται από 84-100.

Οι σοβαρότερες επιπλοκές είναι η διάτρηση (5%) άμεση ή απώτερη, η ελεγχόμενη συνήθως αιμορραγία και ο πόνος. Οι συχνότερες είναι η μετακίνηση του stent σε ποσοστό 10% και η λοίμωξη που μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματικών χειρισμών και να σχετίζεται με τη δίοδο των κοπράνων. Απόφραξη της ενδοπρόθεσης λόγω διήθησης του όγκου δια μέσου ή εκατέρωθεν του stent συμβαίνει σε ποσοστό από 7% μέχρι και 12%.

Εναλλακτικές μη χειρουργικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της απόφραξης του παχέος εντέρου από καρκίνο είναι οι διαστολές με πνευματικούς διαστολείς (μπαλόνια) CRE ή πλαστικούς διαστολείς τύπου Savary. Η καταστροφή των όγκων με Laser: Nd:Yag ή Diomed, και APC (Argon Plasma Coagulation). Πραγματοποιούνται κυρίως σε βλάβες του ορθό-σιγμοειδούς. Απαιτούνται πολλές επαναλαμβανόμενες συνεδρίες για να διατηρηθεί ανοικτός ο αυλός του εντέρου. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων κυμαί-



νεται από 56% μέχρι και 72%.

Με τη χρησιμοποίηση των εντεροσκοπίων και κυρίως με την εφαρμογή Double-balloon εντεροσκοπίου είναι εφικτή η προσέγγιση ενδοσκοπικά και των πλέον απομακρυσμένων στενώσεων του λεπτού εντέρου. Παρέχεται η δυνατότητα τοποθέτησης ενδοπροθέσεων σε αυτές τις περιπτώσεις δια μέσου του εντεροσκοπίου και η αποκατάσταση της βατότητας του εντερικού αυλού.

Οι αποφράξεις του οισοφάγου και του στομάχου από κακοήθη νεοπλασμάτα αντιμετωπίζονται ενδοσκοπικά με την τοποθέτηση ενδοπροθέσεων, την καταστροφή με ακτίνες Laser και τη φωτοδυναμική θεραπεία.

Οι ενδοπροθέσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση της συνέχειας του αυλού του οισοφάγου είναι κυρίως μεταλλικές αλλά και πλαστικές με επικάλυψη. Τοποθετούνται υπό άμεση ακτινοσκόπηση, αφού προηγηθεί χαρτογράφηση της στένωσης με ενδοσκοπικό και ακτινολογικό έλεγχο. Η τοποθέτηση της ενδοπροθέσεως πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο, ώστε το άνω και κάτω άκρο του stent να είναι 1,5 έως 2 cm πέραν της βλάβης. Λαμβάνεται υπ' όψιν η ύπαρξη συριγγίου, ώστε να καλυφθεί με το stent.

Μεταλλικές αυτοδιατεινόμενες ενδοπροθέσεις χωρίς επικάλυψη χρησιμοποιούνται επίσης για τη βατότητα του πεπτικού σωλήνα σε ανεγχείρητο καρκίνο του στομάχου, κυρίως όταν η βλάβη εντοπίζεται πλησίον του καρδιακού και του πυλωρικού στομίου. Επίσης χρησιμοποιούνται σε υποτροπή της νόσου σε χειρουργημένο στόμαχο μεταξύ κολοβώματος στομάχου και απιούσας έλικας και σε περίπτωση ολικής γαστρεκτομής στην οισοφαγονησιδική αναστόμωση.

Μια άλλη ενδοσκοπική τεχνική αποκατάστασης της βατότητας του πεπτικού σωλήνα σε περίπτωση απόφραξης από ανεγχείρητο καρκίνο, είναι η εφαρμογή ακτίνων Nd:Yag ή Diomed Laser. Δια μέσου του ενδοσκοπίου με οπτική ίνα γίνεται διοχέτευση της ακτινοβολίας με σκοπό την καταστροφή της μεγαλύτερης δυνατής μάζας του καρκινικού ιστού για την διάνοιξη του αυλού.

#### Βιβλιογραφία

- Br. J. Surg 1994;81:1270-1276  
 Radiology 1996;198:761-764  
 Endoscopy 2003;35:234-238  
 Radiology 1998;206:199-204  
 Gastrointest. Endosc. Clin. Am. 9:459-477; 1999  
 Br J Surg 2003;90:429-433  
 Surg Endosc 2004;18:1572-1577  
 Surg Endosc 2004;18:421-426  
 Minim Invasive Ther Allied Technol 2006;15:331-338  
 Dis Colon Rectum 43:1522-1527, 2000  
 Gastrointest. Endosc. 47:277-285;1998  
 Gastrointest Endosc 1998;47:277-286

## Ο ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΩΣ «ΕΠΕΙΓΟΝ» ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Δημητρούλοπουλος Δ.

Γαστρεντερολόγος Ε.Σ.Υ. Γαστρεντερολογική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

Η πλειοψηφία των χειρουργικών προβλημάτων σε ογκολογικούς ασθενείς δεν έχει την έννοια του επείγοντος. Οι όγκοι σπανίως

αυξάνονται ή μεθίστανται ταχέως. Ένα ως επείγον χειρουργικό περιστατικό θεωρηθεί αξιωματικά το οξύ ιατρικό πρόβλημα το οποίο απαιτεί άμεση χειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση, τότε εξ ορισμού πολλά «χειρουργικά επείγοντα» περιστατικά δεν χρειάζεται να εισαχθούν στο χειρουργείο.

Η αιμορραγία του πεπτικού παραμένει ακόμη και στις μέρες μας ένας από τους πλέον «προκλητικούς» χώρους της ιατρικής, ιδιαίτερα αν πρόκειται για ασθενείς με καρκίνο. Νέες τεχνικές και τεχνολογικά επιτεύγματα προστίθενται συνεχώς στην ιατρική φαρέτρα για να συνεισφέρουν τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση της γαστρεντερικής αιμορραγίας. Αν και η γαστρεντερολογία κατέχει ένα κεντρικό ρόλο τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο αναφορικά με την αιμορραγία του πεπτικού, η ενσωμάτωση των νέων τεχνικών έχει δώσει σε ειδικότητες όπως η επεμβατική ακτινολογία και η πυρηνική ιατρική ρόλους με αυξανόμενη σημασία. Αλλά επειδή οι ασθενείς με καρκίνο αποτελούν εκ προοιμίου μια ειδική πληθυσμιακή ομάδα, η αιμορραγία του πεπτικού συχνά απαιτεί την παρέμβαση χειρουργών ογκολόγων, παθολόγων ογκολόγων και ακτινοθεραπευτών ογκολόγων.

Η αιμορραγία του πεπτικού αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Πέρα από του διάφορους τύπους καρκίνου του γαστρεντερικού σωλήνα, συχνές αιτίες αιμορραγίας του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού αποτελούν το πεπτικό έλκος, η νόσος Mallory-Weiss, η ρήξη κιστών οισοφάγου, η εκκολπωματική νόσος και οι αγγειοδυσπλασίες. Με την ανάπτυξη αλγόριθμων για την ενδοσκοπική διάγνωση και αντιμετώπιση της αιμορραγίας του πεπτικού καθώς και την κυκλοφορία νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων, όλο και σε λιγότερους ασθενείς απαιτείται η εφαρμογή πιο επεμβατικών τεχνικών.

## ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΣ ΣΤΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μαυραντώνης Κ.

Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»

Η περιτονίτις στους ογκολογικούς ασθενείς συνδυάζεται με υψηλή θνητότητα.

Η καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της περιτονίτιδας, η εξέλιξη στη χειρουργική αντιμετώπιση, η ανάπτυξη της εντατικής θεραπείας και η χορήγηση εξεληγμένων αντιμικροβιακών παραγόντων, δεν έχουν επιτύχει βελτίωση των ποσοστών θνητότητας.

Έχουν αναγνωρισθεί πολλαπλές διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα των ογκολογικών ασθενών όπως καταστροφή ανατομικών φραγμών, διαταραχή φαγοκυτταρικής δραστηριότητας κλπ. Συνήθεις αιτίες περιτονίτιδος είναι η ρήξη κοίλου οργάνου, η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτις και η μυκητιασική περιτονίτις. Οι χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πυρετό, διάχυτη ευαισθησία, κοιλιακό άλγος, ναυτία, εμέτους, και παραλυτικό ειλεό. Στους ασθενείς αυτούς, η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει λόγω της αναστολής που παρουσιάζουν και της καθυστέρησης στην εγκατάσταση συμπτωμάτων.

Η εξέλιξη μιάς ενδοκοιλιακής λοίμωξης εξαρτάται από τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων και η επιτυχία

της αντιμετώπισης εξαρτάται από την έγκαιρη παρέμβαση. Εξαρτάται επίσης από την αναγνώριση της βαρύτητας της νόσου καθώς και την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου, προκειμένου να αναγνωρισθούν οι ασθενείς υψηλού κινδύνου και να αντιμετωπισθούν επιθετικά.

## ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ

**Βώρος Δ.Κ.**

*Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής, Π.Ν.Α. «Αρεταίειο»*

Οι πρωτοπαθείς όγκοι του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου είναι στην πλειοψηφία τους σαρκώματα και κύρια λιποσαρκώματα. Διαγιγνώσκονται όταν το μέγεθος είναι μεγάλο (ψηλαφητή μάζα στο 75%) έχοντας δώσει ήδη μεταστάσεις σε άλλα όργανα (πνεύμονες - ήπαρ) σε ποσοστό που φθάνει το 20%. Η διάγνωση είναι σήμερα εύκολη με U/S, CT ή και με MRI και λίγες φορές χρειάζεται αγγειογραφία. Επιμονή χρειάζεται στη διαφορική διάγνωση από όγκους των οπισθοπεριτοναϊκών οργάνων (νεφροί, πάγκρεας, προστάτης), λεμφώματα και όγκους των όρχεων. Προεγχειρητική βιοψία συνήθως δεν γίνεται.

Η εγχείρηση που είναι πρακτικά ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης μπορεί να δώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα εφ' όσον γίνει σωστά την πρώτη φορά γιατί διαφορετικά είναι βέβαιη η υποτροπή με πολύ χειρότερη πρόγνωση. Η επέμβαση πρέπει να είναι διακοιλιακή (όχι οσφυϊκή) με τομή μέση υπερυπομφάλια και ενδεχόμενα επέκταση προς τα πλάγια, τον θώρακα ή την βουβωνική χώρα και το μηρό. Έτσι επιτυγχάνεται η διαπίστωση της έκτασης του όγκου, ο έλεγχος των μεγάλων αγγείων και η δυνατότητα συναφαίρεσης οργάνων που χρειάζεται σε ποσοστό περί το 50%.

Η τύχη του ασθενούς εξαρτάται από το βαθμό κακοήθειας του όγκου (grading) και την ριζικότητα της πρώτης εγχείρησης. Τα καλλίτερα αποτελέσματα διεθνώς έχουν δοθεί σαν 95% εξαιρέσιμότητα, υποτροπή 42% και 54% στα 5 και 10 χρόνια (Κ. Καρακούσης) και επιβίωση 66% και 57% στα 5 και 10 χρόνια.

Η εμπειρία της κλινικής μας είναι 75 ασθενείς σε 25 χρόνια (64 αντιμετωπισθέντες απ' αρχής και 11 σαν υποτροπές). Στην πλειοψηφία λιποσαρκώματα (44%) αλλά και σπάνιοι όγκοι όπως χονδροσαρκώματα (2) και PECOMA (1). Συναφαιρέθηκαν όργανα σε ποσοστό 37,5% και με περιεγχειρητική θνητότητα 4%. Σ' έναν ασθενή έγινε ισχαιμικός εμβολισμός για ν' αφαιρεθεί όγκος αρχικά μη εξαιρέσιμος με άριστα τελικά αποτελέσματα. Μπορέσαμε να καταγράψουμε υποτροπή της νόσου 34% στον πρώτο χρόνο και επιβίωση 55% και 52% στα 3 και 5 χρόνια.

Ενδιαφέρον είναι ότι παρατηρήσαμε και δημοσιεύσαμε την ύπαρξη «Δορυφορικών οζιδίων» σε ποσοστό 20,3%. Το εύρημα αυτό καθιστά την πρόγνωση πιο δυσμενή και ενισχύει την σημασία της ριζικότητας της αρχικής επέμβασης ως προς το να περιλαμβάνει και τον κυτταρολιπώδη ιστό από οπισθοπεριτοναϊκό χώρο σύστοιχα του όγκου.

### Βιβλιογραφία

1. Atlas of Surgical Oncology. In: Kl Blank, CP Karakousis, EM Copeland (eds). W.B. Saunders 2001.
2. D. Voros, D. Theodorou, K. Ventouri et al. Retroperitoneal tumors: Do the satellite tumors mean something? J Surg Oncol. 1998; 68:30-33
3. V. Psychogiou, T. Theodosopoulos, A. Yiallourou, D. Dellaportas, N.

Dafnios, E. Kairi, G. Polymeneas, D. Voros. The challenging surgical treatment of retroperitoneal sarcomas: A twenty year experience of a single institute.

## ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

**Νομκός Ι.**

*Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Συντονιστής Διευθυντής Β' Χειρουργικού Τμήματος, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

Παρά τη συνεχιζόμενη μείωση της επίπτωσης του στον δυτικό κόσμο, ο γαστρικός καρκίνος παραμένει ο τέταρτος πλιό συχνά διαγνωσόμενος καρκίνος διεθνώς και αποτελεί τη δεύτερη (μετά τον καρκίνο του πνεύμονα) αιτία θανάτου από συμπαγείς κακοήθειες.

Η θεραπευτική προσέγγιση μετά απο προσεκτική σταδιοποίηση κατά TNM σύμφωνα με την τελευταία έκδοση της AJCC (7<sup>th</sup> edition) συνοψίζεται στους ακόλουθους άξονες:

Εξαιρέσιμοι όγκοι:

1. Ασθενείς με όγκους Tis ή T1 που περιορίζονται στο βλεννογόνο είναι εν δυνάμει υποψήφιοι για ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή.
2. Όγκοι T1b-T3: Επαρκής γαστρεκτομή με ελεύθερα όρια (R0), τουλάχιστον 4 εκ. κεντρικότερα της μακροσκοπικής νόσου (περιφερική, υφολική, ολική)
3. Όγκοι T4: En block εκτομή των παρακειμένων διηθημένων οργάνων.

Οι γαστρεκτομές πρέπει να περιλαμβάνουν περιοχική εκτομή των περιγαστρικών λεμφαδένων (D1) καθώς και αυτών κατά μήκος των επωνύμων αγγείων της κοιλιακής αρτηρίας (D2) με στόχο την παθολογο-ανατομική εξέταση τουλάχιστον 15 λεμφαδένων ομού μετά του παρασκευάσματος.

Για τους μη εξαιρέσιμους όγκους, παρηγορική εκτομή δεν πρέπει να εκτελείται εκτός αν ο ασθενής είναι συμπτωματικός. Στις περιπτώσεις αυτές δεν απαιτείται λεμφαδενικός καθαρισμός.

Όμως, λιγότερο απο το ενα τρίτο των ασθενών έχει εξαιρέσιμη νόσο κατά τη διάγνωση και σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των χειρουργηθέντων, η επέμβαση ως μόνη θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται ανεπαρκής θεραπευτικός χειρισμός εξ αιτίας του υψηλού ποσοστού υποτροπιών. Συγκλίνουσες είναι οι ενδείξεις απο προοπτικές μελέτες (φάσης 3) ότι τα αποτελέσματα για ασθενείς με εξαιρέσιμη νόσο μπορούν να βελτιωθούν με την στρατηγική της περι-εγχειρητικής χορήγησης (προ- και μετεγχειρητικής) χημειοθεραπείας ή απο τη χορήγηση μετεγχειρητικής χημειο-ακτινοθεραπείας. Η συμπληρωματική χημειο-ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται ευρέως φαίνεται να βελτιώνει σημαντικά την συνολική επιβίωση παρά το κόστος της υψηλής τοξικότητας.

Στην αντιμετώπιση του μη εξαιρέσιμου και τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού γαστρικού καρκίνου ή όγκων της καρδιο-οισοφαγικής συμβολής, ουδείς χημειοθεραπευτικός συνδυασμός φαίνεται να αποτελεί την καλλίτερη επιλογή. Μέχρι πρόσφατα οι συνδυασμοί : cisplatin/5-FU and ECF (epirubicin plus CF) που έχουν μελετηθεί ευρέως σε κλινικές μελέτες αποτελούσαν συνδυασμούς αναφοράς. Παρά την σχετική χημειο-ευαισθησία που χαρακτηρίζει τον καρκίνο του στομάχου, με τους πιο πάνω συνδυασμούς παρατηρήθηκε χαμηλό ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης, η διάρκεια της ανταπόκρισης ήταν βραχεία η δε κλινική έκβαση

των ασθενών πτωχή. Ο συνδυασμός DCF (docetaxel, cis-platinum και 5-FU) αποτελεί μία νέα επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένη νόσο και καλή γενική κατάσταση. Νέες προοπτικές, τυχαίοποιημένες μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη, τροποποιώντας και βελτιστοποιώντας τα χημειοθεραπευτικά σχήματα και εμπλουτίζοντας τα με νέους βιολογικούς παράγοντες, με στόχο την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την καλλίτερη έκβαση των ασθενών.

Έτσι, για την πλειονότητα των ασθενών, η συστηματική χημειοθεραπεία και σε ορισμένες περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία, αποτελούν θεραπευτικές επιλογές είτε στο πλαίσιο της συμπληρωματικής θεραπείας (adjuvant) είτε ως παρηγορική θεραπεία (palliative).

Η πολυδύναμη (multidisciplinary) ομάδα διαγνωστικής - σταδιοποιητικής και θεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί προϋπόθεση για την ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών.

## ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κουρκουτσάκης Ν.

Επίκ. Καθηγητής Ακτινολογίας Δ.Π.Θ., Εργαστηρίου Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

### Εισαγωγή

Σύμφωνα με τους Abulafi και Williams (*Br J Surg* 1994,243:348-352) η **τοπική υποτροπή** του ορθοκολικού καρκίνου (ΟΚΚ) μπορεί να διαιρεθεί περαιτέρω στην **εξωαυλική υποτροπή** –στην οποία ο καρκινικός όγκος αυξάνεται μέσα ή και γύρω από την κοίτη του “surgical bed” περιλαμβάνοντας το περιεντερικό λίπος, το σύστοιχο τμήμα του μεσεντερίου, και τους επιχώριους λεμφαδένες- καθώς και στην **ενδοτοιχωματική υποτροπή**, στην οποία ο καρκινικός όγκος αυξάνεται συμπεριλαμβάνοντας και την περιοχή της αναστόμωσης. Η **απομακρυσμένη υποτροπή** του ΟΚΚ αφορά οποιαδήποτε άλλη περιοχή κυρίως όμως το ήπαρ, τους πνεύμονες και το οπισθοπεριτόναιο.

Υπάρχουν δύο σημαντικά προβλήματα στην αξιολόγηση των state-of-the-art απεικονιστικών εξετάσεων στην υποτροπή του ΟΚΚ. Το πρώτο είναι η έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων σύγκρισης CT, MRI, PET και PET/CT. Το δεύτερο είναι ότι οι συνιστώμενες μέθοδοι για την μετεγχειρητική παρακολούθηση του ΟΚΚ δεν περιλαμβάνουν MRI, PET και PET/CT.

### «Τοπική υποτροπή»

Γενικότερα, οι απεικονιστικές μέθοδοι της μετεγχειρητικής παρακολούθησης του ΟΚΚ πρέπει να έχουν την δυνατότητα να ξεχωρίζουν την μετεγχειρητική ουλή από την εξωαυλική τοπική υποτροπή και βέβαια να ανιχνεύουν την ενδοτοιχωματική υποτροπή.

#### A) CT

Σε πολλά κέντρα που ασχολούνται με την μετεγχειρητική παρακολούθηση του ΟΚΚ η CT είναι η προτιμότερη απεικονιστική μέθοδος για την διάγνωση της τοπικής υποτροπής. Τα ποσοστά της διαγνωστικής αξίας ποικίλλουν (68%-75%), όπως της ευαισθησίας (82%-87%), καθώς και της ειδικότητας (50%- 62%). Λίγα δεδομένα υπάρχουν για την αξιοπιστία των πολυτομικών CT (MDCT). Ωστόσο, φαίνεται ότι αυξάνεται σημαντικά η ειδικότητα της μεθόδου.

#### B) MRI πυέλου

Η MRI αποτελεί την καλύτερη υπάρχουσα απεικονιστική μέθοδο για την ανίχνευση της τοπικής υποτροπής του ΟΚΚ, λόγω της εξαιρετικής διακριτικής της ευκρίνειας που επιτρέπει την με λεπτομέρειες καταγραφή φυσιολογικών και παθολογικών ανατομικών δεδομένων. Η διαφορά σήματος στις T2-ακολουθίες επιτρέπει με σημαντική ακρίβεια την διάκριση μεταξύ όγκου και ίνωσης στην προκοκκυγική περιοχή και μάλιστα κατά πολύ πιο αξιόπιστα από το CT. Ωστόσο φαίνεται ότι υστερεί στην ανάδειξη ενδοτοιχωματικής υποτροπής.

#### Γ) PET, PET/CT

Το PET είναι επίσης αξιόπιστη μέθοδος στην ανάδειξη ενδοτοιχωματικής υποτροπής του ΟΚΚ και πιθανόν να έχει μερικά πλεονεκτήματα συγκριτικά με το CT και το MRI στην διαφοροποίηση μεταξύ όγκου και ίνωσης. Ωστόσο το PET έχει μερικούς περιορισμούς. Η ανιχνευτική ικανότητα της μεθόδου εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Λόγω της μειωμένης διακριτικής ικανότητας στο χώρο βλάβες <4-6mm δεν μπορούν να ανιχνευθούν. Χαμηλής ευαισθησίας είναι και η ανάδειξη προσβεβλημένων λεμφαδένων. Τα βλενώδη αδενοκαρκινώματα έχουν μη σημαντική πρόσληψη της σημασμένης γλυκόζης (FDG). Η φλεγμονή που δημιουργείται μετά την ακτινοθεραπεία μειώνει την ειδικότητα και μάλιστα για διάστημα 12 μηνών. Μετά την χημειοθεραπεία οι όγκοι δεν είναι μεταβολικά ενεργείς. Υπάρχουν ψευδώς – θετικά ευρήματα από την πρόσληψη της σημασμένης γλυκόζης από τους γύρω ιστούς (εντερικές έλικες, ουροδόχος κύστη, σπερματοδόχες κύστεις).

Έχει διαπιστωθεί ότι το PET/CT είναι περισσότερο ευαίσθητο από το PET.

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Εμμανουηλίδης Χρ.

Τμήμα

Η θεραπεία του καρκίνου του ορθού αφενός μεν στοχεύει στην αύξηση της πιθανότητας ίασης με τη μείωση των τοπικών αλλά και των απομακρυσμένων υποτροπών, αλλά και στην διατήρηση του σφιγκτήρος και επομένως της ποιότητας ζωής. Ο ρόλος της ακτινοβολίας στη μείωση των τοπικών υποτροπών ενώ ήταν γνωστός εδώ και δεκαετίες, ήταν επόμενο να αμφισβητηθεί. Η μελέτη όμως του Van den Brink et al (*JCO* 2004) κατέδειξε το όφελος από την προεγχειρητική ακτινοβολία σε ασθενείς με στάδιο II-III, ακόμα και με την εφαρμογή της TME. Τα ερωτήματα που απασχόλησαν την περιεγχειρητική χημειοθεραπεία ήταν ποικίλα και περιελάμβαναν τον χρονισμό, την συνέργεια με την ακτινοβολία, τη διάρκεια της χημειοθεραπευτικής αγωγής και φυσικά τη βελτιστοποίηση του φαρμακευτικού συνδυασμού. Η συνέργεια της φθοριουρακίλης με την ακτινοβολία επίσης είναι γνωστή εδώ και αρκετά χρόνια, και μάλιστα αποδεικνύεται ότι αφορά και τα από του στόματος χορηγούμενα ανάλογα. Η κλασική μελέτη του Sauer (*NEJM* 2004) έδειξε ότι η προεγχειρητική χημειοακτινοβολία υπερτερεί όσον αφορά την περιεγχειρητική νοσηρότητα και συντελεί στη διατήρηση του σφιγκτήρος σε ένα 20% περίπου των ασθενών. Τα ερωτήματα που προκύπτουν επομένως είναι αν ωφελεί η συνέχιση της χημειοθεραπείας πέραν του χρονικού



διαστήματος της ακτινοβόλησης και αν η προσθήκη φαρμάκων όπως η οξαλιπλάτινα συνεισφέρει κατά τρόπο ανάλογο του καρκίνου του εντέρου. Κατ' αρχήν η μελέτη του Bosset (NEJM 2006) αναδεικνύει μικρό όφελος από τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η ενίσχυση της χημειοθεραπείας με οξαλιπλάτινα υποστηρίζεται από κλινικές μελέτες (Gerard ASCO 2009) και αν και δεν υπάρχουν ακόμα αναλύσεις επιβίωσης.

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟ ΟΣΤΕΟΣΑΡΚΩΜΑ

**Δεμερτζής Ν.,**

*MD, PhD, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»*

Το ΟΣ είναι πρωτοπαθής κακοήθης οστικός όγκος που χαρακτηρίζεται από παραγωγή οστεοειδούς και άωρου οστίτη ιστού από τα κακοήθη κύτταρα. Παρά τη σπανιότητα τους αποτελούν το συχνότερο πρωτοπαθή οστικό όγκο στα παιδιά/ νεαρούς ενήλικες και την 5<sup>η</sup> συχνότερη κακοήθεια στις ίδιες ηλικίες (περί το 5% των παιδικών κακοήθειών). Έχει χαρακτηριστική δικόρυφη κατανομή με έξαρση μεταξύ 15-19 ετών (πρωτοπαθή ΟΣ) και σε ηλικίες άνω των 60 ετών (δευτεροπαθή, όπως στη νόσο του Paget, μετά από ακτινοβολία κλπ.).

Η επιβίωση μετά τη θεραπεία έχει αυξηθεί δραματικά από τη δεκαετία του 1970 (γύρω στο 20%) σε 70% σήμερα, κυρίως λόγω της χημειοθεραπείας, γεγονός που καταδεικνύει την συστηματικότητα της νόσου. Η χειρουργική εξαίρεση συνεχίζει να αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπείας για τον έλεγχο της τοπικής νόσου, με την ακτινοθεραπεία να περιορίζεται σε μη εξαίρεσιμους όγκους. Συνηθέστερα η αγωγή ξεκινά με 2-3 κύκλους προεγχειρητικής χημειοθεραπείας ακολουθεί η χειρουργική εξαίρεση και έπειτα ξανά χημειοθεραπεία (αν και ποτε δεν τεκμηριώθηκε η ανωτερότητα της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας).

Ως προς το είδος της επέμβασης, ποσοστό γύρω στο 90% πλέον αφορά σε επεμβάσεις διατήρησης μέλους (LSS), σε αντίθεση με τη δεκαετία του 1970 όπου η πλειονότητα αφορούσε ακρωτηριαστικές επεμβάσεις. Η αιτία είναι μεγάλες αναδρομικές μελέτες στις αρχές της δεκαετίας του 80 που ανέδειξαν ότι οι επεμβάσεις διάσωσης με τους ακρωτηριασμούς είχαν συγκρίσιμα αποτελέσματα και έγινε κατανοητό ότι η συστηματική αγωγή παρά η ριζικότητα της χειρουργικής εξαίρεσης καθορίζουν την πιθανότητα επιβίωσης.

Η ανακατασκευή του οστικού ελλείματος μετά την ευρεία εκτομή του όγκου γίνεται με διάφορες μεθόδους, κυρίως με ειδικές μεταπροθέσεις που υπάρχουν πλέον διαθέσιμες για όλα τα σημεία του σκελετού, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις γίνονται κατα παραγγελία. Η επιβίωση αυτών των προθέσεων είναι εν γένει 80-90% στην πενταετία και 60-80% στην δεκαετία. Οι επιπλοκές από τη χρήση αυτών των προθέσεων (φλεγμονή, χαλάρωση, περιπροθετικά κατάγματα κλπ) είναι ως αναμενόμενο, μεγαλύτερες από τις απλές αρθροπλαστικές. Άλλες μέθοδοι είναι αλλομοσχεύματα, συνδυασμένα εμφυτεύματα, αρθρόδεση, βιολογικές μέθοδοι όπως αγγυιούμενα αυτομοσχεύματα ή διατατική οστεογένεση κλπ.

Η δική μας εμπειρία αφορά 37 ασθενείς στο διάστημα 1997-2008, μο ηλικίας 26.6 ετών. Σε 32 έγινε διάσωση μέλους από τους οποί-

ους σε 26 ετέθη μεγαπρόθεση. Η συνολική επιβίωση ήταν 77% (μεσο Follow-up 7 ετη), ενώ 28% παρουσίασαν εξέλιξη της νόσου. 2 ασθενείς παρουσίασαν φλεγμονή (1 σπάνια περιπλοκή λεισμανιασης), 2 περιπροθετικά κατάγματα και 1 τοπική υποτροπή. Η ύπαρξη πνευμονικών μεταστάσεων, προηγούμενες επεμβάσεις ή παθολογικό κάταγμα αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς δείκτες για την επιβίωση αυτών των ασθενών.

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ. Η ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΥ

**Φραγκιά-Τσίβου Κ.**

*M.D., Ph.D, Παθολογοανατόμος, Επιστημονική Διευθύντρια, HistoBio Diagnosis, Πρόεδρος Οργανισμού «ΜΕΛΑΜΠΟΥΣ»*

Η βιοψία του λεμφαδένα 'φρουρού' [ΛΦ] μέχρι σήμερα έχει συμβάλει στη βελτίωση της διαδικασίας έγκαιρης ανίχνευσης λεμφαδενικών μεταστάσεων ορισμένων καρκίνων του ανθρώπου, επηρεάζοντας τα εφαρμοζόμενα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Παραμένει όμως ανερμήνευτη η ικανότητα του καρκινικού ιστού να διαφεύγει από την επιτήρηση του αμυντικού συστήματος και να επιφέρει τελικά τη γενίκευση της νόσου ή και το θάνατο του πάσχοντος.

Διαχρονικά η τεχνική έχει δεχτεί έντονη κριτική για την αποτελεσματικότητά της όχι μόνο στον έλεγχο της μεταστατικής νόσου αλλά και στον καθορισμό της κατάστασης των υπόλοιπων λεμφαδένων της περιοχής. Έχει επικρατήσει πάντως στη θεραπεία ασθενών με μελάνωμα και καρκίνωμα μαστού, ενώ επιδιώκεται η εφαρμογή του σε καρκίνους του ουροποιητικού, της ορθοπρωκτικής περιοχής, του γυναικολογικού συστήματος και των καρκινωμάτων του κεφαλής τραχήλου.

Προϋπόθεση για την εφαρμογή της τεχνικής της βιοψίας του ΛΦ αποτελούν η στενή συνεργασία, η ευαισθητοποίηση αλλά και η κατάλληλη εκπαίδευση παθολογοανατόμων, χειρουργών και τεχνολόγων στην αυστηρή τήρηση των διεθνώς προτεινόμενων πρωτοκόλλων εντοπισμού και επεξεργασίας του. Τυχόν προσπάθειες περιορισμού του κόστους λειτουργίας ενός τμήματος, δεν επιτρέπεται να παρεμβαίνουν στην αξιοπιστία της τεχνικής.

Η διαδικασία της ταχείας βιοψίας του ΛΦ επιδιώκει την ελάττωση των χειρουργικών επεμβάσεων στις οποίες θάπρεπε να υποβληθεί ο ασθενής. Δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις μελανοπαθών εξαιτίας του κινδύνου απώλειας μικρομεταστάσεων κατά τη λήψη των τομών κρουστάτη [που είναι παχύτερες εκείνων της κανονικής ιστολογικής τομής από κύβο παραφίνης]. Σε περιπτώσεις ταχείας βιοψίας λεμφαδένα 'φρουρού' ασθενών με καρκίνωμα μαστού προτείνεται η διατομή του σε παράλληλα επίπεδα πάχους 3-4mm και στη συνέχεια η λήψη τομών από 3 ιστολογικά επίπεδα που θα προωθηθούν προς ταχεία βιοψία. Η εφαρμογή των επιχρισμάτων [imprints] και της γρήγορης [εντός 15-20mm] ανοσοϊστοχημικής χρώσης του υλικού με κυτοκε-ρατίνες, συμβάλλουν εποικοδομητικά στην ανίχνευση μεταστατικών κυττάρων.

Η εφαρμογή της τεχνικής των επιχρισμάτων έχει μεγάλη αξιοπιστία επί θετικού αποτελέσματος για μεταστατική νόσο, όταν συνοδεύεται από καλή εμπειρία, σύνεση αλλά και επίγνωση των περιορισμών της τεχνικής εκ μέρους του εξετάζοντος το υλικό

παθολογοανατόμου. Η προσέγγιση της μεταστατικής λεμφαδενικής νόσου με μεθόδους μοριακής τεχνικής [PCR] εγκυμονεί τον κίνδυνο ψευδώς θετικών περιπτώσεων εξαιτίας των συχνά ανιχνευόμενων σπιλοκυτταρικών ή και επιθηλιακών λεμφαδενικών εγκλείστων.

Ο τρόπος διατομής του ΛΦ και η βιολογική σημαντικότητα της μικρομεταστατικής νόσου ιδιαίτερα στην περίπτωση του μελανώματος, εξακολουθούν να αποτελούν πεδίο έντονης συζήτησης και προβληματισμού στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία.

Σημαντικό στόχο των εμπλεκόμενων στην τεχνική του ΛΦ παθολογοανατόμων, αποτελεί σήμερα ο καθορισμός μορφολογικών και ανοσοϊστοχημικών παραμέτρων του καρκινικού ιστού αλλά και του λεμφαδενικού παρεγχύματος που θα επέτρεπαν την καλύτερη προσέγγιση των πιθανοτήτων συμμετοχής και άλλων λεμφαδένων στη μεταστατική νόσο.

Τέλος, ο τρόπος ενορχήστρωσης της άμυνας του οργανισμού ενάντια στον καρκίνο από τον ίδιο το ΛΦ μετά την εκ μέρους του αντιγονική αναγνώριση του μεταστατικού ιστού, αναμένεται να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών αποτελεσματικότερης καταπολέμησης του καρκίνου μέσα από την τροποποίηση και την κινητροποίηση των κατάλληλων ανοσοβιολογικών παραγόντων άμυνας.

## ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Νασισούλας Γ.

PhD., Επιστημονικός Διευθυντής GeneKor A.E. «Πρότυπο Κέντρο Έρευνας και Ανάλυσης Γενετικού Υλικού»

**Εισαγωγή:** Το πλεονέκτημα της τεχνολογίας των γονιδιακών υπογραφών (μικροσυστοιχιών έκφρασης, mRNA, cDNA) είναι ότι επιτρέπει την ανάλυση της έκφρασης πολλών γονιδίων ταυτόχρονα. Με αυτό το τρόπο μπορούν να ταυτοποιηθούν νέες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων ή να γίνει δυνατή η παρακολούθηση ολόκληρων μονοπατιών μεταφοράς σήματος. Η τεχνολογία των μικροσυστοιχιών μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση του μηχανισμού της καρκινογένεσης, με αποτέλεσμα την πρόβλεψη, βελτίωση ή αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής που χορηγείται στον καρκινοπαθή. Για τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχει δημοσιευτεί ένας μικρός σχετικά αριθμός μελετών.

Στο 70% των ασθενών με καρκίνο εντέρου σταδίου II, με τα υπάρχοντα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, δεν μπορούμε να βρούμε τους ασθενείς που έχουν υψηλό κίνδυνο για υποτροπή και επομένως, θα είχαν μεγάλο όφελος από τη χημειοθεραπεία. Επίσης, οι ασθενείς που έχουν χαμηλό κίνδυνο υποτροπής θα μπορούσαν να αποφύγουν τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Προγνωστικές Γονιδιακές Υπογραφές: Οι Barrier et al κατάφεραν να προσδιορίσουν το μεταστατικό δυναμικό των όγκων σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου στάδιου II, χρησιμοποιώντας τη τεχνολογία των μικροσυστοιχιών cDNA (Barrier et al 2006). Βρέθηκε ότι 30 γονίδια ήταν ικανά να προβλέψουν το κίνδυνο υποτροπής με ακρίβεια 80%. Με αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται μια υποομάδα ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης υποτροπής οι οποίοι είναι πιθανότερο να ωφεληθούν από τη χημειοθεραπεία.

Γονιδιακές Υπογραφές ως Προβλεπτικός Δείκτης: Επιπλέον, οι μικροσυστοιχιές cDNA μπορούν να δώσουν πολλές πληροφορίες που αφορούν την ανακάλυψη ή το σχεδιασμό νέων φαρμάκων. Μία σημαντική εφαρμογή τους είναι η ανίχνευση διαφορών στη γονιδιακή έκφραση μεταξύ ανθεκτικών και μη ανθεκτικών στη θεραπευτική αγωγή όγκων. Σε μια πρόσφατη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν εργαστηριακές κυτταρικές σειρές των οποίων είναι γνωστή η in vitro ευαισθησία σε συγκεκριμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα αποτελέσματα της γονιδιακής έκφρασης που λήφθηκαν μέσω μικροσυστοιχιών στις παραπάνω κυτταρικές σειρές συγκρίθηκαν με το γονιδιακό προφίλ των όγκων από ασθενείς με καρκίνο. Διαπιστώθηκε ότι με αυτό το τρόπο ήταν δυνατόν να προβλεφθεί η ανταπόκριση των ασθενών στη χημειοθεραπεία (Potti A. et al. 2006).

Σε μια εργασία από την Esther Graudens και συνεργάτες μελετήθηκε, με μικροσυστοιχιές, το μεταγραφικό προφίλ κλινικών δειγμάτων που συλλέχθηκαν πριν από συνδυασμένη θεραπεία με φολινικό οξύ, 5-FU και irinotecan. Βρέθηκε ότι ένας συνδυασμός 679 γονιδίων μπορεί να διαφοροποιήσει τους διαγνωσθέντες χημειοευαίσθητους από τους ανθεκτικούς ασθενείς πριν από την έκθεση στα φάρμακα.

Ο Maguy Del Rio αναλύοντας 21 δείγματα ασθενών προσδιόρισε 14 γονίδια που προβλέπουν ανταπόκριση σε FOLFIRI.

Σε γενικές γραμμές, το μεγάλο μειονέκτημα όλων των παραπάνω μελετών είναι, ότι γίνονται σε φρέσκο ιστό και σε μικρό αριθμό δειγμάτων. Αυτό το πρόβλημα έχει λυθεί ως ένα βαθμό στην γονιδιακή υπογραφή του Oncotype DX

Το Παραδειγμα της Γονιδιακής Υπογραφής Oncotype DX®: Στην γονιδιακή υπογραφή Oncotype DX® αναλύονται τα επίπεδα έκφρασης, στο επίπεδο του mRNA, συνολικά 12 γονιδίων, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην διήθηση, μετάσταση και μεταφορά σήματος των καρκινικών κυττάρων. Με αυτόν τον τρόπο καθορίζεται το γονιδιακό αποτύπωμα του όγκου. Η ανάλυση γίνεται στον καρκινικό ιστό που υπάρχει στον κύβο παραφίνης.

Ποσοτικοποιώντας την έκφραση 12 γονιδίων (RT-PCR) στον όγκο του ασθενούς υπολογίζεται η πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου. Το αποτέλεσμα δίνεται ως Βαθμός Υποτροπής (Recurrence Score®), από 0 έως 100, που μετράει τις πιθανότητες επανεμφάνισης της νόσου και το όφελος από την χημειοθεραπεία. Ασθενείς με χαμηλό βαθμό υποτροπής, 1 μέχρι 30 έχουν μικρότερο κίνδυνο επανεμφάνισης του καρκίνου. Ασθενείς με υψηλό βαθμό υποτροπής πάνω από 41 έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επανεμφάνισης του καρκίνου.

Η τελική επιβεβαίωση της τεχνολογίας έγινε σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών (2390) από τη γνωστή μελέτη QUASAR. Το 43 % των ασθενών ταξινομήθηκαν στην ομάδα του χαμηλού κινδύνου, το 30% στην ομάδα μεσαίου κινδύνου και το 25% στην ομάδα υψηλού κινδύνου για υποτροπή.

Το Oncotype DX® χρησιμοποιείται σήμερα στην κλινική πράξη ως προγνωστικός δείκτης. Για τον προσδιορισμό του Βαθμού Υποτροπής (Recurrence Score®), γίνεται ανάλυση στον καρκινικό ιστό που υπάρχει στον κύβο παραφίνης.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barrier A, et al. JCO. 2006 Oct 10;24(29):4685-91.
2. Potti A, et al. Nat Med. 2006 Nov;12(11):1294-300
3. Graudens E Et al., Genome Biol. 2006;7(3)
4. Maguy Del Rio et al. JCO Vol 25, No 7 (March 1), 2007: pp. 773-780
5. Webber E, et al., PLoS Curr. 2010 September 2; 2: RRN1177.
6. N. J. Meropol, et al. ASCO, Abstract 491, 2011

## UPDATE ON THE MELANOMA STAGING SYSTEM AND THE IMPORTANCE OF SENTINEL NODE STAGING AND MEASURING MITOTIC RATE

**Balch Ch.**

*MD, FACS, Professor of Surgery, Oncology and Dermatology Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD, Chair, AJCC/UICC Melanoma Staging Committee*

Revisions to the melanoma staging system published by the American Joint Committee on Cancer (AJCC) and the UICC are of considerable significance. In this presentation, we will highlight the importance of nodal metastasis staging and the rationale for adding primary melanoma mitotic rate to the staging system.

### Highlights of the Revised Melanoma Staging System:

Primary melanoma thickness and tumor ulceration continue to define T category strata (Table 1a and 1b). Survival rates for patients with regional node metastases stratified by N category are shown in Figure 2 and for stage grouping in Figure 3.

Primary tumor mitotic rate (histologically defined as the number of mitoses/mm<sup>2</sup>) is an important independent adverse predictor of survival. For T1 melanomas, a mitotic rate of at least 1 mitosis/mm<sup>2</sup> replaces Clark's level of invasion as a primary criterion for defining the subcategory of T1b (Table 1a). Presence of primary tumor ulceration remains an adverse predictor of survival, and is included along with mitotic rate as a primary criterion for defining T1b melanomas.

The presence of nodal micrometastases can be defined using either hematoxylin & eosin (H&E) or immunohistochemical staining. (Previously, only the H&E could be used for formal staging purposes.)

There is no lower threshold of tumor burden used to define the presence of regional nodal metastasis. Specifically, based on the consensus that volumes of regional metastatic tumor even less than 0.2mm in diameter (previously used as the threshold for defining nodal metastasis in the overall 6<sup>th</sup> edition AJCC staging system) are clinically significant, nodal tumor deposits of any size are to be included in staging nodal disease. An evidence-based lower threshold of clinically "insignificant" nodal metastases has not been defined.

M-category strata continue to be defined by the site(s) of distant metastases: non-visceral (i.e., skin/soft tissue/distant nodal, M1a); lung (M1b); and all other visceral metastatic sites (M1c). An elevated serum lactic dehydrogenase (LDH) level also remains a powerful adverse predictor of survival; patients with an elevated LDH level are all categorized as M1c, regardless of site(s) of distant disease.

Survival estimates for patients with intralymphatic regional metastases (i.e., satellite and in-transit metastases) are somewhat better than for the remaining cohort of Stage IIIB patients. However, since Stage IIIB represents the closest statistical fit for this group, the current staging definition for intralymphatic regional metastasis has been retained.

Based on the lack of sufficient data to substantiate revision of the definitions used in the 6<sup>th</sup> Edition staging manual, *microsatellites* (i.e., discontinuous nests of metastatic cells more than 0.05 mm in diameter that are clearly separated by normal dermis [not

fibrosis or inflammation] from the main invasive component of melanoma by a distance of at least 0.3 mm) are retained in the N2c category. This feature is retained in the N2c category (Figure 2) largely because the published literature is insufficient to substantiate revision of the definitions used in the 6<sup>th</sup> Edition staging manual.

The staging definition for patients with metastatic melanoma from an unknown primary site was clarified; patients with metastatic melanoma arising in lymph nodes, skin or subcutaneous tissues without a known associated primary melanoma are categorized as Stage III, not Stage IV.

Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy (sentinel lymphadenectomy) remain important components of melanoma staging and should be used (or discussed with the patient) to identify occult Stage III regional nodal disease among patients who present with clinical Stage IB or II melanoma.

The SLNB should be discussed with and recommended to patients when at least one of the following indications is present: (1) the risk of clinically occult nodal metastases is sufficient to justify the procedure (approximately 10% or greater); (2) the prognostic information from SNB would be of value to the patient and the treating physicians; (3) the tumor status of the sentinel node (SN) would be useful in guiding decisions regarding completion lymphadenectomy and adjuvant therapy; (4) nodal staging information is important for entry into clinical trials in which the patient is interested; and/or (5) the morbidity and risks of SNB are acceptable to the physician and the patient.

Thus, the SNB procedure should be discussed with and offered to all patients with primary melanomas = or > 1.0 mm in thickness and clinically normal regional lymph nodes by physical examination when the criteria described above are met. Most experienced surgeons would also offer the SNB to patients whose melanomas are not thicker than 1.0 mm but have characteristics that increase the likelihood of regional node micrometastasis. This would include patients with T1 melanomas with primary tumor ulceration, a mitotic rate  $\geq 1/\text{mm}^2$  and/or Clark level IV/V invasion – especially if tumor thickness exceeds 0.75 mm. Ulceration, mitotic rate, and Clark level would be especially relevant in patients who have no significant comorbidity, who are younger than 40-45 years, or whose primary tumor depth is uncertain because of tumor-positive deep margins in the biopsy specimen (Balch 2009b).

The staging information from SNB is of particular staging value to identify patients with nodal micrometastases (Balch, 2010b, 2009b). Breslow thickness and other features of the primary melanoma are not the only prognostic characteristics used for accurate predictions of metastatic risk and survival outcome. Information based on SN status is also valuable for counseling these patients about the need for completion lymphadenectomy to improve regional disease control, reduce operative morbidity (as compared with the morbidity associated with possibly more radical regional surgery and often radiation therapy for palpable nodal recurrence), reduce the relative risk of recurrence by 26%, and potentially improve survival if nodal metastases are present (Morton, 2006, Balch, 2006, 2009b, Faries 2010a). In addition, the information provided by a tumor-positive SN can be used to counsel patients regarding enrollment into melanoma clinical trials, and it can serve as the basis for discussing a screening and follow-up regimen based on risk for subsequent development of

metastases. Conversely, patients whose SN is negative for tumor can be reassured that their prognosis is relatively improved; these patients are less likely to require adjuvant treatments and/or frequent follow-up (Balch 2009b).

#### Reference

Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009; 27:6199–206.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Παπαμιχαήλ Ε.,<sup>1</sup> Σταματίου Κ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Ακτινοθεραπευτικής Κλινικής, <sup>2</sup>Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Β' Χειρουργικής Κλινικής, Πτυχιούχος Ψυχολόγος Πανεπιστημίου Αθηνών, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών αποτελεί μια παγκόσμια πραγματικότητα που επηρεάζει διαστάσεις της επαγγελματικής και προσωπικής τους ζωής. Είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική σωματική και συναισθηματική εξάντληση, ενώ περιλαμβάνει την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων και αντιλήψεων για την εργασία και απώλεια της ενσυναίσθησης για τους ασθενείς. (McCarthy, 1985).

Σύμφωνα με την Maslach, της οποίας το όνομα εδώ και χρόνια έχει συνδεθεί με τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόκειται για σύνδρομο που αποτελείται από τρεις διαστάσεις: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένο αίσθημα προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach & Jackson, 1986).

Σκοπός της συγκεκριμένης εισήγησης είναι να επισημάσουμε το αυξημένο burnout που παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με άλλους κλάδους της υγείας.

Είναι αποδεκτό ότι το burnout είναι δυνητικά επικίνδυνο τόσο για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας όσο και για τους οργανισμούς όπου εργάζονται. Εκτός από την αρνητική εμπειρία της εργασίας που συνεπάγεται αυτό το γεγονός, το burnout συσχετίζεται επίσης με δυσλειτουργία τόσο του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως αϋπνία, αυξημένη χρήση αλκοόλ και άλλων φαρμάκων, όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Σε επίπεδο οργανισμού, έχει συνδεθεί με υψηλή συχνότητα απουσιών, εγκατάλειψη της εργασίας, χαμηλό ηθικό και παροχή υπηρεσιών υγείας κακής ποιότητας (Maslach & Jackson, 1986).

Σε επίπεδο οργανισμών απαιτείται μείωση των αναλογιών ασθενών-προσωπικού, μειώσεις στις ώρες εργασίας, ευκαιρίες για μοίρασμα των δύσκολων ασθενών σε όλα τα τμήματα, αύξηση των συχνών συναντήσεων του προσωπικού, βελτίωση των υποστηρικτικών συστημάτων των επαγγελματιών και ενίσχυση της εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα αναγνώρισης του burnout (Pines & Maslach, 1978).

Η προσέγγισή μας θα είναι μια ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση των κυριότερων ερευνητικών δεδομένων γύρω από το σύνδρομο burnout.

Τα κυριότερα ευρήματα από την ανασκόπηση συγκλίνουν στο ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους άλλους επιστήμονες υγείας. Παράλληλα όμως, οι έρευνες συγκλίνουν σε ύπαρξη μέτριου βαθ-

μού burnout όσον αφορά τη στατιστική σημαντικότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού και του συνδρόμου αποτελούν στοιχείο για περαιτέρω διερεύνηση.

## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ ΟΤΑΝ ΤΟ ΒΙΩΝΕΙ ΕΝΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βίτσα Γ.

Τ.Ε. Νοσηλεύτρια, Παθολογικός τομέας, Ακτινολογικού Εργαστηρίου, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

Το να εργάζεται κανείς σ' ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο, μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά, αλλά και να δυσκολέψει τη θεραπεία του επαγγελματία υγείας που πάσχει από καρκίνο. Αυτό συμβαίνει διότι ενώ από την μια έχει την δυνατότητα να έχει άποψη στη θεραπεία του, μιας και η εμπειρία του τού το επιτρέπει, από την άλλη όμως κουβαλά βιώματα από ασθενείς που η θεραπευτική τους πορεία δεν ήταν η αναμενόμενη. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας γνωρίζει τους κινδύνους και μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του καλύτερα, γνωρίζει την πρόγνωση της νόσου του και δεν εφησυχάζει ποτέ. Η αλήθεια είναι ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου απαιτεί πολλές ψυχολογικές εφεδρείες και συνεχή στήριξη από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και από το ευρύτερο κοινωνικό. Η επανένταξη στον εργασιακό χώρο, αποτελεί για τον επαγγελματία υγείας μια σκληρή δοκιμασία που οφείλει όμως να ξεπεράσει γρήγορα προκειμένου να συνεχίσει να προσφέρει υπηρεσίες στον πάσχοντα συνάνθρωπο. Και επειδή όπως πολύ σωστά αναφέρει ο στίχος γνωστού τραγουδιού « ότι δεν σε σκοτώνει, σε κάνει πιο δυνατό», όταν καταφέρεις να βγεις από το τούνελ της ασθένειας, βλέπεις την ζωή με άλλο μάτι. Μαθαίνεις να εκτιμάς την υγεία σου και να μην την θεωρείς δεδομένη, ρουφάς κάθε ευτυχισμένη στιγμή και ευχαριστείς το Θεό καθημερινά που σου έδωσε μια δεύτερη ευκαιρία να ζήσεις και να αποδείξεις ότι μπορείς να βελτιωθείς σαν άνθρωπος.

## ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ «ΟΚΕ». ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Μήττα Π.

Πρόεδρος Συλλόγου Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, Πρόεδρος Ομοσπονδίας Καρκινοπαθών Ελλάδος

Αν δούμε το θέμα γενικά, πρώτο και βασικό πρόβλημα είναι η έλλειψη χώρου και προσωπικού που οδηγεί στην κακή λειτουργία των νοσοκομείων.

Κατ'αρχάς λοιπόν θα πρέπει να οργανωθούν ογκολογικά συμβούλια τα οποία θα αποφασίζουν για την κατάλληλη θεραπεία του κάθε ασθενούς.

Προχωρώντας πιο ειδικά στον τομέα της τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου, στεκόμαστε στα ακτινοδιαγνωστικά και ακτινοθεραπευτικά μηχανήματα που καθώς έχουν ημερομηνία λήξεως, πρέπει να είναι σύγχρονα και να πληρούν τις προϋ-



ποθέσεις. Επομένως και το προσωπικό που θα χειρίζεται αυτά τα μηχανήματα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο.

Στο θέμα της χημειοθεραπείας, είναι απαραίτητο τα πρωτόκολλα να εφαρμόζονται από γιατρούς εξειδικευμένους ογκολόγους και μόνο από αυτούς. Όσον αφορά το θέμα των φαρμάκων θα πρέπει ο επίσημος κρατικός φορέας να ελέγχει την ποιότητα των φαρμάκων που είναι αντίγραφα. Επίσης να δίνεται άδεια χρήσης των φαρμάκων πλαφόν.

Δεν υπάρχει ικανός αριθμός ψυχολόγων και φυσιοθεραπευτών στα νοσοκομεία.

Το θέμα των ραντεβού δημιουργεί αγωνία και άγχος στον ασθενή, όταν κλείνεται μετά από τρεις ή πέντε μήνες.

Κακή τακτική των γιατρών όταν δίνουν περιθώρια ζωής στον ασθενή τρεις ή έξι μήνες. Είναι προτιμότερο να αναφέρονται σε ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας (πχ 10%-20% κτλ)

Στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και της πρόληψης τα πράγματα πηγαίνουν από το κακό στο χειρότερο. Καθώς η ανεργία αυξάνεται, οι άνεργοι στερούνται βιβλιαρίου ασθενείας και ο καρκινοπαθής άνεργος κινδυνεύει να μείνει χωρίς περίθαλψη.

Ενώ η εξέταση στα νοσοκομεία χρεώνεται 3 ευρώ, η εξέταση στα κέντρα προληπτικού ελέγχου κοστίζει τώρα 35 ευρώ.

Να καταργηθούν τα απογευματινά ιατρεία με πληρωμή, θεσμός που επικρατεί εδώ και μερικά χρόνια.

Ο ασθενής επίσης υποχρεώνεται τώρα να πληρώνει τις ακτινογραφίες και τις αξονικές τομογραφίες, να υποβάλει τα δικαιολογητικά στα ταμεία και να περιμένει αν θα πάρει όλο το ποσό πίσω.

Οι περικοπές τουλάχιστον στον ευαίσθητο χώρο της Δημόσιας Υγείας είναι κάτι το βασανιστικό και απάνθρωπο για τον ασθενή που δεν έχει να πληρώσει.

Ζητούμε την συμπαράσταση και την βοήθειά σας για να δοθούν σε λειτουργία οι δύο ξενώνες στην Παιανία Αττικής και στην Πυλαία Θεσσαλονίκης για την φιλοξενία των καρκινοπαθών που τόσο πολύ ανάγκη έχουν. Για τον σκοπό αυτό προτείνουμε την λειτουργία με εθελοντές και παράλληλα μέρος των εξόδων λειτουργίας των ξενώνων να καλύπτονται από τα χρήματα του εράνου που γίνεται κάθε χρόνο από την Ε.Α.Ε.

## ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ EUROPA DONNA

### Α. Πάσιου

Νομικός, Μέλος Δ.Σ. *Europa Donna Hellas*, Πρόεδρος Α.Μ.Κ.Ε. «Αθηνά»

Date (from – to): 27th – 30th May 2010

Event name: 10th Panhellenic Congress of Radiotherapeutic Oncology

Location: The Westin, Costa Navarino, Pylos

Description: The member of Europa Donna Hellas Mrs. Athina Passiou spoke about the role of Non Governmental Organizations for cancer in Greece.

Date (from – to): October 1st - 31st

Event name: Internet Campaign

Location: ED site, TV, RADIO, PRESS, SOCIAL MEDIA

Description: All the informational material for the Breast Health Day and local activities reports, the TVC and the radio spot the Diary (pdf), the Guide to Breast Health (pdf), and the digital campaign of ED were uploaded in our local site. All these were promoted also by social networks like Facebook, at Europa Donna's Hellas fun pages.

Date (from – to): October 1st - 31st

Event name: Mass Media Campaign

Location: Tv, Radio, Press

Description: TV, Radio and Press Campaign was created and was on air for three weeks in order to communicate the message that all women should be aware about their Breast Health. All advertising material referred to the 15.10 as the European Breast Health Day. The target was to motivate women to learn more about Breast Health visiting the local site of EDH.

Date (from – to): October 15th

Event name: Bellow the line public information activities

Location: Central points of Athens

Description: Women of Europa Donna Hellas distributed 6.000 copies of the informative material of Breast Health Day (Diary and Guide to Breast Health) in central points of Athens.

Date (from – to): October 15th

Event name: Reception - Old Parliament of Greece

Location: Athens

Description: A reception open to the public was organized on 15.10 to present and discuss about Breast Health. Speeches were given from the president of ED Hellas - Mrs E.Koudoura, as well as from the General secretary of the Ministry of Health Mr. Antonis Dimopoulos and the Vice-Minister, Mr. Christos Aidonis who were committed to support Europa Donna's Actions in Greece. The panel was consisted also by two of the most important medical professionals in Greece, Mr. Venizelos and Mr. Markopoulos, specialized to Breast Cancer.

Date (from – to): October 15<sup>th</sup>

Event name: Activism to Greek Parliament and Ministry of Health

Location: Athens

**Description:** Europa Donna Hellas distributed informative material to all women of Greek Parliament and the Ministry of Health.  
 Women members of EDH wearing the Breast Health Day T-shirts were accepted to enter the two buildings and personally inform the women about Breast Health.  
 At the same time they met with the President of the Greek Parliament who committed that in November of 2010 the written demand of EDH for the creation of a special committee for Breast Cancer under the Committee of Subjects of Health in the Greek Parliament, will be officially discussed.

**Date (from – to):** October 23th

**Event name:** Meeting Europa Donna - Metropolitan Hospital

**Location:** Athens

**Description:** Europa Donna Hellas with Metropolitan Hospital co-organized a meeting about prevention and early detection of Breast Cancer. The Chairman of Europa Donna Hellas Mrs. Elena Kountoura spoke about EDH's goal to press the Greek authorities for the creation of Mammography Screening Programs, National Registry for Breast Cancer and Breast Units, the three major goals set as priorities for 2010-11.  
 Over 500 women and men were attended the meeting that was of great success and had a very impactful communication through the media.

**Date (from – to):** October 31th

**Event name:** 28<sup>th</sup> Classical Marathon

**Location:** Athens

**Description:** Fifteen women, members of Europa Donna Hellas took part in a 5km race in the 28<sup>th</sup> Classical Marathon of Athens. The team was dressed in the t-shirts of Breast Health Day.

## **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

---

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2011, ώρα 09.30 - 10.30 (1-7)

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2011, ώρα 15.30 - 16.30 (8-16)

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2011, ώρα 08.15 - 09.10 (17-24)

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2011, ώρα 16.00 - 17.00 (25-34)

Κυριακή 6 Φεβρουαρίου 2011, ώρα 08.30 - 10.30 (35-51)



## 01

**ΣΠΑΝΙΕΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ****Κωνσταντινίδου Μ.Κ.<sup>1</sup>, Χριστοφορίδης Χρ.<sup>2</sup>, Τζατζαδάκης Ν.<sup>3</sup>, Ζαράγκας Στ.<sup>4</sup>, Γεραζούνης Μ.<sup>5</sup>**<sup>1,3,4,5</sup>Τμήμα Χειρουργικής Θώρακος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», <sup>2</sup>Οδοντιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

**Σκοπός** της εργασίας μας, είναι η παράθεση της πείρας μας στη διάγνωση και αντιμετώπιση δευτερογενών εντοπίσεων του πνευμονικού καρκίνου, που αφορούν ειδικά στη στοματική κοιλότητα και είναι ιδιαίτερα σπάνιες.

Ο πληθυσμός της μελέτης μας, περιλαμβάνει 5 ασθενείς (4 άνδρες και μια γυναίκα), ηλικίας μεταξύ 50 και 82 ετών, πάσχοντες από πνευμονικό καρκίνο αδενικού τύπου, στους οποίους αποκαλύφθηκαν δευτερογενείς εντοπίσεις στη στοματική κοιλότητα. Σε 4 ασθενείς, παρατηρήθηκαν οστεολυτικές βλάβες γνάθου και εξελκώσεις στα ούλα ενώ σε μια περίπτωση, παρατηρήθηκε εξέλκωση της γλώσσας. Επιπλέον, σε μια περίπτωση οι βλάβες από του στόματος, ήταν αιτία αποκάλυψης του πνευμονικού καρκίνου. Η διάγνωση, τέθηκε κατόπιν βιοψίας των στοματικών βλαβών και παραπέρα ελέγχου των ασθενών.

Οι πιο πάνω ασθενείς μας, αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, με ιδιαίτερη έμφαση στην τοπική ανακούφιση από τα συμπτώματά τους και συστήθηκε επίσκεψη σε Ογκολογικό κέντρο για ενδεχόμενη παραπέρα αντιμετώπιση.

**Συμπερασματικά**, οι δευτερογενείς εντοπίσεις πνευμονικού καρκίνου στα οστά της γνάθου και στα μαλακά μόρια της στοματικής κοιλότητας, είναι σπάνιες. Μολαταύτα, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη η συμπτωματολογία από του στόματος σε ασθενείς με πνευμονικό καρκίνο.

## 02

**ΣΥΝΥΠΑΡΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Αθανασόπουλος Π., Πολυμενέας Γ., Δελλαπόρτας Δ., Μαστοράκος Γ., Καίρη Ε., Βώρος Δ.***Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο*

**Σκοπός:** Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι η πέμπτη σε συχνότητα αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές χώρες. Η σύγχρονη εμφάνιση αδενοκαρκινώματος του παγκρέατος και ινσουλινώματος είναι εξαιρετικά σπάνια και δεν έχει αναφερθεί ξανά στην βιβλιογραφία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη μας αφορά έναν άνδρα 74 ετών όπου η εκτομή μιας μάζας διαμέτρου 1,5 εκ. από την αγκιστροειδή απόφυση του παγκρέατος προ διαιτίας ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα με σοβαρή δεσμοπλαστική αντίδραση. Δύο χρόνια αργότερα λόγω εμμονής της συμπτωματολογίας (τριάδα του Whipple) που ήταν συμβατή με ενδοκρινικό νεόπλασμα διενεργήθη νέος έλεγχος με αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας όπου διαπιστώθηκε μόρφωμα 2 εκατοστών στην αγκιστροειδή απόφυση συμβατό με ενδοκρινικό νεόπλασμα. Ο ορμονολογικός έλεγχος ήταν συμβατός με ινσουλίνωμα.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής λόγω και του προηγούμενου ιστορικού κακοήθειας στην περιοχή υπεβλήθη σε μερική παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Η παθολογοανατομική έκθεση ανέδειξε ενδοκρινικό νεόπλασμα διαμέτρου 2 εκ.

**Συμπεράσματα:** Η τεκμηρίωση της διάγνωσης του ινσουλινώματος είναι δύσκολη και οι απεικονιστικές μέθοδοι εξακολουθούν να έχουν χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Ακριβέστερη όλων απεικονιστική εξέταση είναι το διεγχειρητικό υπερηχοτομογράφημα με ακρίβεια 90% στην ανάδειξη αυτών των όγκων. Στην περίπτωση μας η ψηλάφηση του όγκου στην αγκιστροειδή απόφυση κατά το πρώτο χειρουργείο μας οδήγησε στην εκπιρήνιση του μορφώματος, που απεδείχθη όμως αδενοκαρκίνωμα μικρής διαμέτρου. Δύο χρόνια αργότερα και αφού το ινσουλίνωμα έφθασε σε μέγεθος δύο εκατοστών απεικονίστηκε στις ακτινολογικές εξετάσεις και η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή επιβεβαίωσε το ενδοκρινικό νεόπλασμα.

## 03

**ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ Ca ΝΗΣΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ**

Παπαδημητρόπουλος Κ., Κωστούλας Ν., Μακρίδης Γ., Τζιαμαλής Κ., Μπαντιάς Χ., Μπυρμπίλης Α.

Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση αντιμετώπισης περιστατικού με αδιάγνωστα επαναλαμβανόμενα επεισόδια ατελούς ειλεού λεπτού εντέρου και εργαστηριακό εύρημα νορμόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία σε έδαφος χειρουργηθέντος Ca σιγμοειδούς και μεσοθηλιώματος υπεζωκότα.

Ασθενής, θήλυ, ετών 70, εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση επαναλαμβανόμενων επεισοδίων ατελούς ειλεού λεπτού εντέρου και οριακά νορμόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας. Στο ιστορικό της αναφέρεται χειρουργηθέν μεσοθηλίωμα αριστερού υπεζωκότος, τμηματική σιγμοειδεκτομή λόγω αδενοκαρκινώματος σιγμοειδούς. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάταση της κοιλίας με ήπια ευαισθησία στην αρ πλάγια κοιλιακή χώρα χωρίς αναστολή αερίων και κοπράνων και χωρίς εμέτους, όπως και επιπολής μόρφωμα αριστερού ημιθωρακίου όπισθεν της οπίσθιας μασχαλιαίας γραμμής και ουραίως της γωνίας της ωμοπλάτης. Ο παρακλινικός έλεγχος με α/α και CT κοιλίας αποδείκνυε την ύπαρξη εικόνας ατελούς ειλεού και περιοχή στένωσης του λεπτού εντέρου με πάχυνση του τοιχώματός του στην περιοχή της νήστιδας, κεντρικά της οποίας αναγνωρίζεται η μη αποβληθείσα κάψουλα από προηγηθείσα μέσω αυτής ενδοσκόπηση του λεπτού εντέρου η οποία και είχε απεικονίσει εξωφυτική βλάβη. Η κολονοσκόπηση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε εντερόκλυση η οποία ανέδειξε ενδοαυλική διηθητικού τύπου αλλοίωση σε έλικα της άπω νήστιδος με συνοδό υψηλού βαθμού στένωση. Η απλή α/α αλλά και η CT θώρακος απέδειξε την ύπαρξη εγκυστωμένης συλλογής αρ ημιθωρακίου με υποτροπή της γνωστής νόσου και πιθανή μεταστατική τοιχωματική εστία συμβατή με τα κλινικά ευρήματα.

Με εδραιωμένη τη διάγνωση της μάζας λεπτού εντέρου και με ερωτηματικά σχετικά με την προέλευσή της ως πρωτοπαθής βλάβη του λεπτού εντέρου ή μεταστατικής από το Ca σιγμοειδούς ή το μεσοθηλίωμα, η ασθενής υποβλήθηκε σε ανοικτή βιοψία της τοιχωματικής βλάβης του αρ ημιθωρακίου και στον αυτό χρόνο σε ερευνητική λαπαροτομία όπου και ανευρέθηκε ενδοαυλική συμπαγής βλάβη σε έλικα της άπω νήστιδος συμφούμενη με γειτονική έλικα λεπτού εντέρου και με επιπολική απόφυση σιγμοειδούς. Διενεργήθηκε τμηματική εντερεκτομή και πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε για το μεν μόρφωμα του αριστερού ημιθωρακίου διήθηση από το περιγραφέν στο ιστορικό μεσοθηλίωμα υπεζωκότος, για τη δε βλάβη της νήστιδος μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου.

Η ενδοαυλικές βλάβες του λεπτού εντέρου συχνά εμφανίζονται με συμπτωματολογία ατελούς ή μη ειλεού λεπτού εντέρου. Η μεταστατική από Ca παχέος εντέρου ενδοαυλική βλάβη του λεπτού εντέρου είναι σπάνια πλην της κατά συνέχεια ιστού διήθησης. Ομοίως εξαιρετικά σπάνια εμφανίζεται μεταστατική διήθηση του λεπτού εντέρου από μεσοθηλίωμα υπεζωκότα.

## 04

**Ο ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ <sup>18</sup>F-FDG-PET SCAN ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

Παπαδάκης Γ.<sup>1</sup>, Ζώρας Ο.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, <sup>2</sup>Καθηγητής Χειρουργικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Σκοπός:** Ο Πυρετός Αγνώστου Αιτιολογίας (ΠΑΑ) ορίστηκε αρχικά ως ο επαναλαμβανόμενος πυρετός από 38,3°C (101°F) και πάνω, διάρκειας 3 εβδομάδων ή περισσότερο, ο οποίος παρέμεινε αδιάγνωστος μετά από 1 εβδομάδα παρακολούθησης στο νοσοκομείο. Το τελευταίο κριτήριο τροποποιήθηκε, επιτρέποντας την παρακολούθηση των ασθενών σε εξωτερική βάση, ενώ εξαιρέθηκαν οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς. Παρά την πρόοδο των διαγνωστικών τεχνικών, ο ΠΑΑ αποτελεί πρόκληση στην κλινική πρακτική. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η αξιολόγηση της χρησιμότητας του <sup>18</sup>F-FDG-PET scan σε ασθενείς με ΠΑΑ, και η θέση του στο διαγνωστικό αλγόριθμο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έως τον Ιούνιο/2010 χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά: Πυρετός Αγνώστου Αιτιολογίας, <sup>18</sup>F-FDG. Αποκλείστηκαν μελέτες εστιασμένες σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και σε ασθενείς με λοίμωξη από ιό ανοσοανεπάρκειας.

**Αποτελέσματα:** Ο ρόλος του <sup>18</sup>F-FDG-PET scan έχει μελετηθεί σε 3 αναδρομικές και 5 προοπτικές μελέτες σε 302 ασθενείς με ΠΑΑ, συμβάλλοντας στην τελική διάγνωση σε ποσοστό 19-69%. Στην κατηγορία των μη λοιμωδών φλεγμονωδών νοσημάτων, το <sup>18</sup>F-FDG αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμο σε περιπτώσεις αγγειίτιδων μεσαίων και μεγάλων αγγείων. Το χαμηλό ποσοστό διαγνωστικών scans σε ορισμένες μελέτες αποδίδεται σε διάφορες διαταραχές όπως φαρμακευτικός πυρετός, προκλητός πυρετός (factitious fever), ιδιοσυγκρασιακή υπερθερμία (habitual hyperthermia), όπου οι απεικονιστικές τεχνικές δεν αναμένονται να βοηθήσουν στη διάγνωση. Το <sup>18</sup>F-FDG-PET scan είναι ανώτερο από τις συμβατικές σπινθηρογραφικές τεχνικές.

**Συμπεράσματα:** Το <sup>18</sup>F-FDG-PET scan, μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο ως διαγνωστικό εργαλείο δεύτερης γραμμής σε ασθενείς με ΠΑΑ, αντικαθιστώντας τις υπόλοιπες απεικονιστικές τεχνικές. Η χρήση υβριδικών συστημάτων (PET/CT, PET/MRI), παρέχει τις απαιτούμενες ανατομικές πληροφορίες, για την ακριβή εντόπιση των βλαβών, βελτιώνοντας την ειδικότητα της μεθόδου. Προοπτικές μελέτες με αυστηρά δομημένο διαγνωστικό πρωτόκολλο σε μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών, απαιτούνται για τον ακριβή καθορισμό της θέσης του <sup>18</sup>F-FDG-PET scan στη διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με ΠΑΑ.

## 05

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ**

**Τσέλιος Γ., Σβορώνος Γ., Μυστακίδης Α., Σεφεριάδης Α., Ρουμελιώτης Αθ., Ζερβάκης Χ., Πέτρου Κ., Μέκρας Π., Κυριακίδης Α., Καρυδάκης Π.**

*Χειρουργικό Τμήμα, Π.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»*

**Σκοπός:** Αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων αντιμετώπισης καρκίνου παχέος εντέρου και του ορθού σε μια πενταετία 2005-2010 στην κλινική μας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Από 01/2005 έως 11/2010/10 νοσηλεύτηκαν 120 ασθενείς με Ca παχέος εντέρου και του ορθού. Από 120 ασθενείς 68 ήταν άνδρες ( 56%), 52 ήταν γυναίκες (44%), ηλικίας από 32 έως 89 έτη (μ.ο. ηλικίας 74 έτη). Όγκος AP κόλου παρατηρήσαμε σε 11 ασθενείς (9,1%), ΔΕ κόλου σε 37 ασθενείς(30,8%), όγκος εγκαρσίου σε 5 ασθενείς (4,1%), όγκος σιγμοειδούς σε 32 ασθενείς (26,6%) και όγκος ορθού σε 35 ασθενείς (29,4%). Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με δυναμικά ριζική επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Σε 32 ασθενείς εκτελέστηκε σιγμοειδιτεκτομή, σε 11 AP ημικόλεκτομή, σε 37 ασθενείς ΔΕ ημικόλεκτομή, σε 32 ασθενείς σιγμοειδιτεκτομή, σε 17 πρόσθια εκτομή του ορθού, σε 12 ασθενείς κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού, σε 5 ασθενείς εκτομή εγκαρσίου και σε 7 ασθενείς πραγματοποιήθηκε η εγχείρηση Hartmann. Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 15 (12,5%) ασθενείς και 4 ασθενείς απεβίωσαν(3,3%).

**Συμπεράσματα:** Η πρώιμη διάγνωση, καλή προεγχειρητική προετοιμασία και άρτια χειρουργική τεχνική μαζί με την μετεγχειρητική ακτινο- και χημειοθεραπεία διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου και του ορθού.

## 06

**Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ**

**Λασιθιωτάκης Κ., Βενιανάκη Μ., Κουτσομανώλης Δ., Χρυσός Ε., Φίλης Δ., Ζαχαριουδάκης Γ., Αθανασάκης Η., Χαλκιαδάκης Γ.**

*Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης*

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιπτώσεων χειρουργικής αντιμετώπισης μεταστάσεων στο πάγκρεας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Τρεις ασθενείς ηλικίας 53, 53 και 13 ετών προσήλθαν στο τμήμα μας για αντιμετώπιση δευτεροπαθών εντοπίσεων στο πάγκρεας από καρκίνο παχέος εντέρου, καρκίνο πνεύμονα και οστεοσάρκωμα. Η κλινική εικόνα περιέλαβε πυλωρική στένωση και γαστρεντερική αιμορραγία στις δύο περιπτώσεις ενώ ένας ασθενής ήταν ασυμπτωματικός και διεγνώσθη στα πλαίσια τακτικού ελέγχου λογω καρκίνου παχέος εντέρου. Και στις τρεις περιπτώσεις η ύπαρξη μεταστατικών όγκων στο παγκρέατος επιβεβαιώθηκε ιστολογικά.

**Αποτελέσματα:** Και οι τρεις ασθενείς υπεβλήθησαν σε παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν ενδοκοιλιακό αποστήμα στον ασθενή με καρκίνο κόλου, το οποίο παροχετεύτηκε χειρουργικά, και δύο επεισόδια ενδοκοιλιακής αιμορραγίας στον ασθενή με καρκίνο πνεύμονα η δεύτερη από τις οποίες ήταν θανατηγόρος. Η επιβίωση μετά την παγκρεατεκτομή ήταν 27 μήνες στον ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου και 16 μήνες στην ασθενή με οστεοσάρκωμα.

**Συμπεράσματα:** Η παγκρεατεκτομή για μεταστατικές βλάβες μπορεί να προτείνεται σε επιλεγμένους ασθενείς με περιορισμένη εξωπαγκρεατική νόσο προσφέροντας σημαντική ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου και πιθανό όφελος στην επιβίωση.

## 07

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΡΩΙΜΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Φραγκόπουλος Κ., Ευσταθίου Η., Λεβέντης Α., Μανίκης Π., Φαρφαρέλος Χ., Κονδύλης Δ., Σπηλιώτης Ι.

*Α' Χειρουργικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

**Εισαγωγή:** Η ενημέρωση των γυναικών και τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου έχουν αυξήσει τη διάγνωση του πρώιμου καρκίνου του μαστού την τελευταία 20-ετία.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών επιλογών σε ένα υλικό ασθενών με κλινικά πρώιμο καρκίνο μαστού τους τελευταίους 18 μήνες.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στο διάστημα από 1-1-2009 μέχρι 30-6-2010 υποβλήθηκαν σε διαγνωστική και θεραπευτική προσπέλαση 222 γυναίκες με ύποπτα κλινικά ή απεικονιστικά ευρήματα για πρώιμο καρκίνο μαστού. Έγινε FNAC σε όλες τις περιπτώσεις και χειρουργική αφαίρεση της βλάβης για ιστολογική επιβεβαίωση και ανάλογα με το αποτέλεσμα τελική θεραπευτική αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Στον πληθυσμό των 222 ασθενών οι 143 (64,4%) είχαν πρώιμο καρκίνο μαστού.

Από τις 75/222 FNAC (+) ιστολογικά το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε (+) για κακοήθεια στις 74 περιπτώσεις (98,6%). Από τις 147/222 FNAC (-) ιστολογικά το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε (-) για κακοήθεια στις 78 περιπτώσεις (53,1%). Ψευδώς θετικό αποτέλεσμα, δηλαδή FNAC (+) με αρνητική βιοψία ήταν 1/222 περιπτώσεις (0,4%). Από τους 117 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε συντηρητική επέμβαση (τεταρτεκτομή ή ευρεία ογκεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό) υπήρχαν διηθημένα όρια εκτομής σε 22 περιπτώσεις (16%) που χρειάστηκε συμπληρωματική επέμβαση. Στους υπόλοιπους 105 έγινε απλή βιοψία και θετικό για κακοήθεια εύρημα υπήρχε στους 31 (29,8%) και χρειάστηκε συμπληρωματική επέμβαση. Τέλος από τους συνολικά 143 ασθενείς με πρώιμο καρκίνωμα μαστού στους 51 (35,7%) υπήρχαν θετικοί για κακοήθεια μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

**Συμπεράσματα:** Η αρνητική FNAC δεν αποκλείει την κακοήθεια και θα πρέπει να συνεκτιμούνται και άλλοι παράμετροι και να επιλέγεται η λήψη ιστού. Τα διηθημένα όρια εκτομής στις συντηρητικές επεμβάσεις θα πρέπει να επανεκτιμούνται με κριτήρια ιστολογικών τύπων, Grades, ηλικία ασθενούς και μάλλον θα πρέπει να υπάρχει συμπληρωματικός χειρισμός. Σε ποσοστό 1/3 των περιπτώσεων πρώιμου καρκίνωματος στο μαστό συνυπάρχουν διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

## 08

**ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ**

Τέντες Α.Α., Κορακιανίτης Ο., Μαυρουδής Χ., Ανδρέου Α., Κουγιουμτζή Ι., Καραμβέρη Χ.

*Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου*

**Σκοπός:** Η υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία (HIPEC) έχει χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο των ωοθηκών. Ο σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της HIPEC μετά από μέγιστη κυτταρομειωτική επέμβαση, στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Από το 2006 έως το 2010, γυναίκες με τοπικά προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών, εντάχθηκαν να υποβληθούν σε μέγιστη κυτταρομείωση και HIPEC, σε προοπτική μη τυχαιοποιημένη μελέτη. Κλινικοί και ιστοπαθολογικοί παράγοντες συσχετίστηκαν με την νοσοκομειακή θνητότητα, νοσηρότητα, επιβίωση και τις υποτροπές της νόσου.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία 43 γυναικών ήταν  $59.9 \pm 13.8$  (16-82) χρόνια. Η νοσοκομειακή θνητότητα και νοσηρότητα ήταν αντίστοιχα 4.7% και 51.2%. Τέλεια κυτταρομείωση ήταν δυνατή στο 69.8%. Η συνολική 5ετής επιβίωση ήταν 54% και η μέση επιβίωση  $37 \pm 6$  μήνες. Οι προγνωστικοί παράγοντες επιβίωσης ήταν η έκταση των προηγηθεισών επεμβάσεων ( $p=0.048$ ) και η έκταση της περιτοναϊκής καρκινωμάτωσης ( $p=0.011$ ). Υποτροπές της νόσου διαπιστώθηκαν στο 30.2%.

**Συμπεράσματα:** Η μέγιστη κυτταρομειωτική χειρουργική εξαίρεση σε συνδυασμό με HIPEC είναι μία καλά ανεκτή μέθοδος και πολλά υποσχόμενη στην θεραπεία του τοπικά προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών.

## 09

**ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ-ΕΜΠΕΙΡΙΑ 21 ΕΤΩΝ**

**Τέντες Α.Α., Γαλάνης Β., Κορακιανίτης Ο., Μαυρουδής Χ., Ανδρέου Α., Κυζιρίδης Δ., Καραμβέρη Χ., Βέλιοβιτς Ν.**

*Χειρουργική Κλινική, Ορθοπαιδική Κλινική, Ανασθησιολογικό Τμήμα, Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Διδυμοτείχου*

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας 21 ετών από την αντιμετώπιση των σαρκωμάτων μαλακών μορίων και γαστρεντερικού σωλήνα.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Αναδρομική ανάλυση των ασθενών με σαρκώματα μαλακών μορίων και γαστρεντερικού σωλήνα. Η διάγνωση των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων ήταν δυνατή με απεικονιστικές μεθόδους και των σαρκωμάτων του γαστρεντερικού σωλήνα με ενδοσκοπικές μεθόδους και βιοψίες.

**Αποτελέσματα:** Από το 1990-2010 αντιμετωπίστηκαν 29 ασθενείς, μέσης ηλικίας  $63,6 \pm 14,9$  (30-91) χρόνων, με 34 χειρουργικές επεμβάσεις. Τέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε επανεγχειρήσεις, οι 2 από τους οποίους δύο φορές. Πλήρης χειρουργική εξαίρεση των όγκων (R<sub>0</sub>) ήταν δυνατή στο 76,5% των περιπτώσεων. Η νοσοκομειακή θνητότητα και νοσηρότητα ήταν αντίστοιχα 5,9% και 8,8%. Η διάμεση επιβίωση ήταν 18 μήνες και ο διάμεσος χρόνος ελεύθερος νόσου 13,5 μήνες. Διαπιστώθηκε ότι η επιβίωση σχετίζεται με τον βαθμό κακοήθειας της νόσου, αλλά όχι σημαντικά ( $p=0.0586$ ).

**Συμπεράσματα:** Η ριζική χειρουργική εξαίρεση των σαρκωμάτων αποτελεί την λυδία λίθο της θεραπείας των σαρκωμάτων. Ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες επιβίωσης είναι ο βαθμός κακοήθειας του όγκου.

## 10

**Η ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**

**Παπαδημητρόπουλος Κ., Κωστούλας Ν., Μακρίδης Γ., Τζαμαλής Κ., Μπαντιάς Χ., Μπιρμπίλης Α.**

*Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας*

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση διεγχειρητικών εικόνων από τη χειρουργική αντιμετώπιση ογκολογικών περιστατικών από το προσωπικό της κλινικής μας.

Αφορούν ογκολογικά περιστατικά που χειρουργήθηκαν προγραμματισμένα ή επειγόντως, με παθολογία από τον πεπτικό σωλήνα – οισοφάγος, στόμαχος, δωδεκαδάκτυλο, λεπτό έντερο, παχύ έντερο, σκωληκοειδή απόφυση –, από το ήπαρ και τα εξωηπατικά χοληφόρα, το πάγκρεας, την περιτοναϊκή κοιλότητα, το διάφραγμα, τον μαστό, έσω γεννητικά όργανα (θήλεος) και θυρεοειδή αδένα.

Η διεγχειρητική λήψη εικόνων αποτελεί ιδιαίτερη και επιπρόσθετη φροντίδα για τον χειρουργό κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Αποτελεί υλικό αποδεικτικό της υπάρχουσας παθολογίας και της διενεργούμενης θεραπευτικής παρέμβασης, αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο υλικό για την ενδοκλινική και ενδονοσοκομειακή συνεχιζόμενη εκπαίδευση ειδικών αλλά και ειδικευομένων. Η συγκέντρωση παρόμοιων εικόνων και η δημιουργία σχετικών βάσεων δεδομένων σε συνδυασμό και με την προεγχειρητική διαγνωστική διαδικασία αποτελεί σημαντικό εκπαιδευτικό υλικό.

«Μια εικόνα, χίλιες λέξεις».

## 11

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΝ: Η 20ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ**

**Ψυχογιού Β.<sup>1</sup>, Θεοδοσόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Γιάλλουρου Α.<sup>1</sup>, Δελλαπόρτας Δ.<sup>1</sup>, Δάφνιος Ν.<sup>1</sup>, Καίρη Ε.<sup>2</sup>, Πολυμενέας Γ.<sup>1</sup>, Βώρος Δ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Σκοπός:** Τα οπισθοπεριτοναϊκά σαρκώματα (ΟΣ) είναι σπάνιοι κακοήθεις όγκοι, με ετήσια επίπτωση περίπου 3-4 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο. Η αντιμετώπισή τους αποτελεί πρόκληση για το χειρουργό, αφενός μεν, γιατί συνήθως διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο, και αφετέρου, επειδή η εξαίρεσή τους αφορά σε χειρισμούς στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, μια περιοχή με ανατομική πολυπλοκότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της εμπειρίας της κλινικής μας στη χειρουργική αντιμετώπιση των ΟΣ.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Οι φάκελοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας, από το Δεκέμβριο του 1990 έως και το Φεβρουάριο του 2010 εξετάστηκαν αναδρομικά. Εβδομήντα πέντε ασθενείς είχαν υποβληθεί σε χειρουργική εκτομή ΟΣ. Σε εξήντα τέσσερις, η αρχική διάγνωση έγινε στην κλινική μας, ενώ έντεκα προσήλθαν με υποτροπή της νόσου. Η μέση ηλικία ήταν τα 57 έτη, ενώ δεν παρατηρήθηκε υπεροχή του ενός φύλου έναντι του άλλου. Ο προεγχειρητικός έλεγχος περιελάμβανε υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία άνω- κάτω κοιλίας, καθώς και αξονική τομογραφία θώρακος.

**Αποτελέσματα:** Πλήρης εκτομή στην ομάδα των ασθενών που η αρχική διάγνωση έγινε σε εμάς, κατέστη δυνατή σε ποσοστό 60,9%. Προκειμένου να επιτευχθεί ριζική εκτομή, σε αρκετές περιπτώσεις, κρίθηκε απαραίτητη η συναφαίρεση γεινιαζόντων ανατομικών δομών. Τα πιο συχνά συναφαιρεθέντα όργανα ήταν ο νεφρός (16), το παχύ έντερο (10) και ο σπλήνας (4). Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε το λιποσάρκωμα (44%) και λειομυοσάρκωμα (17%) ως τους πιο συχνούς ιστολογικούς τύπους. Αξίζει να αναφερθεί και η καταγραφή μίας περίπτωσης του εξαιρετικά σπάνιου ιστολογικού τύπου PECOMA. Σε 13 εκ των ιστολογικών εκθέσεων παρατηρήθηκε η ύπαρξη δορυφορικών οζιδίων, στο περιβάλλον λίπος της "en bloc" εκτομής. Για την ομάδα ασθενών που πρωτοαντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας το ποσοστό υποτροπής στο πρώτο έτος ήταν 34,3%, ενώ το ποσοστό τριετούς επιβίωσης ήταν 55,5%. Η πενταετής επιβίωση κυμάνθηκε στο 52,5%, και η περιεγχειρητική θνητότητα στο 4%.

**Συμπεράσματα:** Ο ακρογωνιαίος λίθος στην αντιμετώπιση των ΟΣ είναι η ριζική εκτομή του όγκου με ικανό όριο υγιούς ιστού. Απαιτούμενο μιας τέτοιας προσέγγισης αποτελεί η "en bloc" εξαίρεση και άλλων οργάνων στην πρώτη επέμβαση. Η ύπαρξη δορυφορικών οζιδίων δυνατόν να αυξήσει το ποσοστό της υποτροπής. Ως εκ τούτου, η παρουσία τους οφείλει να αναγνωρίζεται τόσο στον προεγχειρητικό έλεγχο όσο και διεγχειρητικά.

## 12

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΠΙΛΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**Κοκολάκης Α.<sup>1</sup>, Δασθιωτάκης Κ.<sup>2</sup>, Κρασαγάκης Κ.<sup>1</sup>, Τόσκα Α.<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Τμήμα Δερματολογίας, <sup>2</sup>Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός:** Ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση, τουλάχιστον ενός, δυσπλαστικού σπίλου σε ασθενείς που εξετάστηκαν στο ιατρείο σπύλων και μελανωμάτων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

**Υλικό-μέθοδος:** Η συγκεκριμένη μελέτη ασθενών-μαρτύρων περιελάμβανε 143 ασθενείς, οι οποίοι είχαν τουλάχιστον έναν δυσπλαστικό σπίλο και οι οποίοι προσήλθαν στο Ιατρείο Σπύλων και Μελανωμάτων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου Κρήτης και 189 ασθενείς-μάρτυρες. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνέντευξη και σε πλήρη δερματολογική εξέταση. Πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

**Αποτελέσματα:** Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση δυσπλαστικών σπύλων ήταν: αυξημένος αριθμός κοινών μελανοκυτταρικών σπύλων (OR: 2.2, 7.5 και 58.9 για την παρουσία 11-25, 26-100 και >100 κοινών σπύλων, αντίστοιχα), αυξημένη ηλικία (OR: 0.96 ανά έτος ηλικίας), έκθεση στον ήλιο για λόγους αναψυχής (OR: 4.4) και έκθεση στον ήλιο λόγω επαγγέλματος (OR: 0.5).

**Συμπεράσματα:** Η διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο για λόγους αναψυχής είναι ο βασικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση δυσπλαστικών σπύλων στο δείγμα μας και δεν επηρεάζεται από τον φωτότυπο του δέρματος. Η προώθηση μέτρων ηλιοπροστασίας, ιδιαίτερα σε ασθενείς με υψηλό αριθμό κοινών σπύλων, θα μπορούσε να λειτουργήσει ως μέτρο για την ανάπτυξη δυσπλαστικών σπύλων.



## 13

### ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ ΜΕ TNF $\alpha$ ΚΑΙ ΜΕΛΦΑΛΑΝΗ ΣΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΑΡΚΩΜΑ ΕΚ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Λασιθιωτάκης Κ.<sup>1</sup>, Οικονόμου Γ.<sup>2</sup>, Γόγα Ε.<sup>4</sup>, Ιωάννου Χ.<sup>3</sup>, Περισυνάκης Κ.<sup>4</sup>, Φίλης Δ.<sup>1</sup>, Ζαχαριουδάκης Γ.<sup>1</sup>, Μπαφαλούκος Δ.<sup>8</sup>, Δεκατρός Μ.<sup>6</sup>, Κατοδρίτης Ν.<sup>6</sup>, Τσοούτσος Δ.<sup>7</sup>, Φραγκιά Κ.<sup>9</sup>, Ζώρας Ο.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής Ηρακλείου, <sup>2</sup>Τμήμα ογκολογίας, Ογκολογικό Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας», <sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Κλινική Αγγειοχειρουργικής Ηρακλείου, <sup>4</sup>Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>5</sup>Τμήμα Ογκολογίας, Γ.Ν.Α. Λαϊκό, <sup>6</sup>Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, (BOCOC), <sup>7</sup>Τμήμα πλαστικής Χειρουργικής και μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. Γεννηματάς, <sup>8</sup>Τμήμα ογκολογίας, Νοσοκομείο Metropolitan, <sup>9</sup>Τμήμα Παθολογοανατομίας, Γ.Ν. Σωτηρία, Αθήνα

**Σκοπός εργασίας:** Η απομονωμένη υπερθερμική χημειοθεραπεία μέλους με TNF $\alpha$  και μελφαλάνη (TM-HILP) είναι μια πολύπλοκη χειρουργική επέμβαση η οποία έχει ένδειξη σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένα μη χειρουργήσιμα μελανώματα και σαρκώματα μαλακών μορίων στα μέλη. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της εμπειρίας των Ελληνικών Συνεργαζόμενων Κέντρων στην TM-HILP με σκοπό την ασφάλεια και την επιτευξιμότητα της πολυκεντρικής συνεργασίας για μελλοντικές μελέτες.

**Υλικό και μέθοδος:** Μεταξύ των ετών 2001 έως 2009, 20 ασθενείς διάμεσης ηλικίας 63.5 ετών, υποβλήθηκαν σε TM-HILP για τοπικά προσωρημένο μη χειρουργήσιμο μελάνωμα in transit (n=14) ή σάρκωμα μαλακών μορίων (n=6). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε απομονωμένη διάχυση μελους με TNF $\alpha$  (1-2mg) μελφαλάνη (10mg/l όγκου μέλους) υπό ήπια υπερθερμία (40°C).

**Αποτελέσματα:** Δεν παρουσιάστηκαν μείζονες διεγχειρητικές επιπλοκές και οι επεμβάσεις ολοκληρώθηκαν με επιτυχία σε όλους τους ασθενείς. Ένας ασθενής παρουσίασε μετεγχειρητική ισχαιμική νέκρωση του μέλους που κατέστησε αναγκαίο τον ακρωτηριασμό. 8 από τους 14 ασθενείς με μελάνωμα παρουσίασαν πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία (CR) και οι υπόλοιποι 5 μερική ανταπόκριση (PR). Όλοι οι ασθενείς με σάρκωμα παρουσίασαν πλήρη ανταπόκριση στη νόσο μετά από συμπληρωματική εκτομή του υπολειπόμενου όγκου. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρατηρήθηκαν ήταν ήσσονες και περιέλαβαν λοίμωξη του τραύματος κυρίως στους ασθενείς που υποβλήθηκαν ταυτόχρονα σε ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Δύο ασθενείς ανέπτυξαν περιορισμένη νέκρωση των δερματικών κρημών και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με χειρουργικό καθαρισμό. Ένας παρουσίασε ύγρωμα που αντιμετωπίστηκε με παροχέτευση υπό τοπική αναισθησία. Η διάμεση επιβίωση χωρίς τοπική υποτροπή ήταν 29 μήνες για το σάρκωμα και 15 μήνες για το μελάνωμα in transit. Όλοι οι ασθενείς, με εξαίρεση των ασθενή που ακρωτηριάστηκε, ήταν σε θέση να περπατήσουν χωρίς βοήθεια κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και ανέφεραν ανακούφιση από τα συμπτώματά τους ενώ επέστρεψαν στις καθημερινές τους δραστηριότητες εντός 1-2 μηνών από την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

**Συμπεράσματα:** Η συνεργασία των ελληνικών κέντρων για την αντιμετώπιση των μη χειρουργήσιμων όγκων των μελών με TM-HILP προσφέρει αποτελέσματα συγκρίσιμα με αυτά μεγαλύτερων κέντρων μελανώματος καθιστώντας εφικτή τη διενέργεια προοπτικών μελετών.

## 14

### ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΙΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Χαλκιά Ε.<sup>1</sup>, Σπηλιώτης Ι.<sup>2</sup>, Ευσταθίου Η.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Γυναικολογίας, <sup>2</sup>Α' Χειρουργικό Τμήμα, ΕΑΝΠ «Μεταξά»

**Εισαγωγή:** Η θεραπεία της περιτοναϊκής κακοήθειας με την εφαρμογή της κυτταρομειωτικής χειρουργικής και της ενδοπεριτοναϊκής υπέρθερμης διεγχειρητικής χημειοθεραπείας είναι μία μέθοδος που εφαρμόζεται την τελευταία 20ετία, σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Παράλληλα η ανάπτυξη της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής δημιούργησε την ανάγκη εφαρμογής της μεθόδου και λαπαροσκοπικά.

**Μέθοδος:** Αναλύονται τα κριτήρια και προϋποθέσεις εφαρμογής της μεθόδου.

Τα πλεονεκτήματα εφαρμογής:

- Καλύτερη ανάρρωση ασθενή
- Μείωση νοσηρότητας και θνητότητας.
- Μείωση κινδύνων «έκθεσης» προσωπικού χειρουργείων σε κίνδυνο επιμόλυνσης κατά τη διάρκεια της HIPEC.

Προϋποθέσεις εφαρμογής:

- Προεγχειρητική αξιολόγηση με CT και CT εντερόκλυση για καθορισμό PCI
- Ερευνητική λαπαροσκόπηση

Αποτελούν το πρώτο και δεύτερο βήμα αναφοράς πριν την εφαρμογή της μεθόδου.

Η επόμενη παράμετρος είναι ο ακριβής διεγχειρητικός υπολογισμός του PCI.

Εάν το PCI <10 λαπαροσκοπική κυτταρομείωση + λαπαροσκοπική HIPEC

Εάν το PCI >10 ανοικτή κυτταρομείωση + HIPEC

**Συμπεράσματα:** Η μέθοδος είναι εφικτή από αυστηρές συνθήκες και προϋποθέσεις με πλεονεκτήματα ως προς το κόστος, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα



## 15

**ΕΠΑΝΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΣΗ ΜΕ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΗΣ HIPEC**Σπηλιώτης Ι.<sup>1</sup>, Βαξεβανίδου Α.<sup>2</sup>, Χαλκιά Ε.<sup>3</sup>, Χατζηγεωργίου Γ.<sup>1</sup>, Ντάσης Α.<sup>4</sup><sup>1</sup>Τμήμα Χειρουργικής, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γεννηματάς», <sup>3</sup>Γυναικολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>4</sup>Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Μεσολογίου «Χατζηκώστα»

**Εισαγωγή:** Η κυτταρομειωτική χειρουργική (CS) και η ενδοπεριτοναϊκή διεγχειρητική υπέρθερμη χημειοθεραπεία (HIPEC) είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση της περιτοναϊκής καρκινοματωσης. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να εκτιμήσει τη δυνατότητα επανάληψης αυτής της συνδυαστικής θεραπείας σε ασθενείς με υποτροπή της περιτοναϊκής διασποράς.

**Υλικό-Ασθενείς:** Από το 2004-2010, 10 ασθενείς υποβλήθηκαν σε επανάληψη RCS+RHIPEC από 55 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αρχική συνδυαστική θεραπεία για περιτοναϊκή καρκινοματωση.

Τα κριτήρια επιλογής για την επανάληψη της μεθόδου ήταν ο χρόνος υποτροπής από την αρχική επέμβαση  $\geq 12$  μήνες. Η αρχική εντόπιση των όγκων ήταν ωοθήκες 4 ασθενείς, παχύ έντερο 3 ασθενείς, ψευδομύξωμα περιτοναίου 2 ασθενείς και σάρκωμα μήτρας 1 ασθενής.

**Αποτελέσματα:** Κατά την 2<sup>η</sup> εφαρμογή της μεθόδου ο μέσος δείκτης περιτοναϊκής καρκινοματωσης (PCI) ήταν  $5,3 \pm 2,8$ .

Η μετεγχειρητική θνητότητα 0% και η grade 3-4 νοσηρότητα 40%.

Η 1 έτους, 2 έτους και 3 έτους επιβίωση ήταν 90%, 40% και 30% αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η επανάληψη της μεθόδου σε καλά επιλεγμένους ασθενείς είναι εφικτή με καλά αποτελέσματα.

## 16

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ**

Χαλκιά Ε. MD

Ελληνική Εταιρεία Εκπαίδευσης στην Ογκολογία και την Απεικόνιση

Τα τελευταία 30 χρόνια η χρήση των υπερήχων παραμένει ένα ωφέλιμο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση διάφορων νόσων. Στη χειρουργική ογκολογία το υπερηχογράφημα μπορεί να βοηθήσει **προεγχειρητικά** στη διάγνωση και σταδιοποίηση, **διεγχειρητικά** στην αναγνώριση ανατομικών δομών, στον καθορισμό ορίων εκτομής αλλά και στην επανασταδιοποίηση καταστάσεων που μπορεί να αλλάξουν τον εγχειρητικό προσανατολισμό. Τέλος **μετεγχειρητικά** στην διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών (follow-up), στην ανίχνευση της υποτροπής ή νέων μεταστατικών εστιών.

Η **προεγχειρητική υπερηχοτομογραφία** βοηθάει στη διάγνωση αλλά και στον καθορισμό της βιολογικής συμπεριφοράς μέσω U/S καθοδηγούμενων βιοψιών στο θυρεοειδή, μαστό, ήπαρ, προστάτη, ορθό, εσωγυναικολογικά όργανα, όρχεις.

Το **διεγχειρητικό υπερηχογράφημα** είναι αναπόσπαστο εργαλείο είτε στην ανοικτή είτε στη λαπαροσκοπική προσέγγιση και είναι ιδιαίτερα ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ στην χειρουργική του ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος.

Το **μετεγχειρητικό υπερηχογράφημα** μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική μέθοδο για την παρακολούθηση ασθενών έναντι της αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας σε σχέση με το κόστος-ωφέλεια.

## 17

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ CK-19 mRNA ΘΕΤΙΚΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΞΑΙΡΕΣΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Δημητριάδης Ε.<sup>1</sup>, Δασκαλάκης Μ.<sup>1</sup>, Μαυρουδής Δ.<sup>2</sup>, Ασκούλακης Ι.<sup>1</sup>, De Bree E.<sup>1</sup> Μελίσσας Ι.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας, Πανεπιστημίου Κρήτης, <sup>2</sup>Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας, Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος και η αξιολόγηση της χειρουργικής θεραπείας στην κινητική συμπεριφορά των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων (Circulating Tumor Cells, CTCs) σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού.

**Μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 104 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, σταδίου 0 – IIIA στις οποίες έγινε ανίχνευση των CK-19 mRNA θετικών κυττάρων στο αίμα με χρήση RT-PCR. Δείγματα ελήφθησαν σε 4 διαφορετικά χρονικά σημεία: προ του χειρουργείου, με το πέρας αυτού, 24 ώρες μετεγχειρητικά και την 15<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Επιπλέον σε 53 από τις παραπάνω ασθενείς έγινε λήψη ενός ακόμη δείγματος πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 50 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε χειρουργική εξαίρεση καλοηθών βλαβών του μαστού καθώς και 11 γυναίκες που χειρουργήθηκαν για πρώιμο κόλο-ορθικό καρκίνο.

**Αποτελέσματα:** Καμία σημαντική διαφορά δεν διαπιστώθηκε στο αίμα των 104 ασθενών με καρκίνο του μαστού περιεγχειρητικά, όσον αφορά τον αριθμό των CK-19 mRNA θετικών κυττάρων. Επίσης καμία σημαντική συσχέτιση δεν αναδείχθηκε μεταξύ των CK-19 mRNA θετικών κυττάρων και των κλασικών προγνωστικών παραγόντων. Αντίθετα σημαντική αύξηση των CK-19 mRNA θετικών κυττάρων (32,1%) παρατηρήθηκε στο τελευταίο δείγμα της υποομάδας των 53 ασθενών (η λήψη του οποίου έγινε κατά μέσο όρο 54 ημέρες μετά την επέμβαση).

**Συμπεράσματα:** Τα CK-19 mRNA θετικά CTCs που ανιχνεύονται περιεγχειρητικά σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση λόγω πρώιμου καρκίνου του μαστού δεν σχετίζονται με την χειρουργική θεραπεία. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη συσχέτιση που να υποδεικνύει σε ποιους ασθενείς αναμένονται ανιχνεύσιμα CTCs. Παρότι η ανίχνευση των CTCs στην περιεγχειρητική περίοδο είναι μικρή, το ποσοστό αυτής μπορεί να αυξηθεί σε απώτερο μετεγχειρητικό χρόνο.

## 18

### Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΘΡΑΚΗΣ

Ευφραιμίδου Ε., Παυλίδου Ε., Ρωμανίδης Κ., Κουκλάκης Γ., Δοϊτσιδης Χ., Λυρατζόπουλος Ν.

Α΄ Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης

Μελέτες έχουν αναδείξει μια μετανάστευση της εντόπισης του αδενοκαρκινώματος του κόλου και ορθού (colorectal cancer-CRC) προς το (ΔΕ) κόλον.

**Σκοπός της εργασίας:** Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης είναι να διερευνηθεί και να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ της ανατομικής κατανομής εντόπισης του καρκινώματος του κόλου και ορθού, και του φύλου, της ηλικίας διάγνωσης της νόσου και της συχνότητας αυτής σε πληθυσμό της Θράκης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε συνολικό πληθυσμό 150.000 κατοίκων στον Ν. Έβρου, στη Θράκη, αναλύθηκαν τα δεδομένα από τα ιατρικά αρχεία ασθενών της Α΄ ΠΧΚ, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά λόγω CRC στο χρονικό διάστημα 1990-1997. Μελετήθηκαν συγκριτικά σε 2 χρονικές περιόδους (1982-1989 και 1990-1997) η ηλικία διάγνωσης, το φύλο και η εντόπιση της νόσου. Οι όγκοι διαχωρίστηκαν σε (ΔΕ) κόλον – ΔΚ (από τυφλό έως και τη σπληνική καμπή), σε (ΑΡ) κόλον – ΑΚ (στο κατιόν και στο σιγμοειδές) και στο ορθό – ΟΡ. Στατιστική ανάλυση έγινε με τα chi-square και Fischer's exact tests.

**Αποτελέσματα:** Σε όλη τη χρονική περίοδο (1982-1997) μελέτης, 143 ασθενείς (71 ♂, 72 ♀, μ.ηλ. 66 και 64,7 έτη αντίστοιχα) αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά για CRC. Η συχνότητα CRC ήταν στατιστικά υψηλότερη στη 2<sup>η</sup> χρονική περίοδο (1990-97) σε σύγκριση με τη περίοδο 1982-89 και για τα δυο φύλα (p < 0,001), με σημαντικά υψηλότερη διαφορά μεταξύ των γυναικών ασθενών (έως 17,32%, p=0,474).

Η ανάλυση ανέδειξε επίσης ότι η συχνότητα νόσου ήταν στατιστικά υψηλότερη σε ασθενείς >60 ετών (p=0,002), ιδιαίτερα σε εκείνους με εντόπιση νόσου στο ΔΚ (p=0,001). Μετακίνηση της συχνότητας εντόπισης CRC προς το ΔΚ παρατηρήθηκε στη 2<sup>η</sup> χρονική περίοδο της μελέτης (p=0,495), με στατιστικά σημαντική αύξηση της συχνότητας στις γυναίκες ασθενείς (έως 119%, p=0,025)

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα CRC αυξήθηκε στη γεωγραφική περιοχή μελέτης σε μια 15ετία. Επιπλέον, μετακινήθηκε η συχνότητα της νόσου προς κεντρικότερες θέσεις του κόλου, ιδιαίτερα στις γυναίκες και στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία φαίνεται να συνδέεται με παράλληλη μείωση της συχνότητας νόσου στο ΑΚ. Τα ευρήματα αυτά έχουν σημαντική επίπτωση στην επιλογή της στρατηγικής ελέγχου και πρόληψης της νόσου (screening strategies for CRC).

## 19

**ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΕ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ**

Ευφραιμίδου Ε., Παυλίδου Ε., Παπαγεωργίου Μ., Μητράκας Α., Λυρατζόπουλος Ν., †Μανωλάς Κ.

Α' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Π.Γ.Ν. Αλεξ/πολης

Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι πλέον η αποδεκτή θεραπεία εκλογής για το θυρεοειδικό καρκίνωμα, αλλά και για καλοήθεις παθήσεις του αδένου, όπως η πολυοζώδης βρογχοκήλη και η νόσος Graves.

**Σκοπός της εργασίας:** Η αναδρομική μελέτη της συχνότητας ανεύρεσης αδιάγνωστου θυρεοειδικού καρκινώματος σε ολικές θυρεοειδεκτομές για καλοήθεις θυρεοειδοπάθειες και η συσχέτιση αυτής και του τύπου του καρκινώματος με την προεγχειρητική κλινική και την τελική ιστολογική διάγνωση της θυρεοειδοπάθειας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στο σύνολο των ασθενών που υποβλήθηκαν στο διάστημα 1985-2005 σε ολική θυρεοειδεκτομή για καλοήθη θυρεοειδοπάθεια, εξαιρέθηκαν εκείνοι με διάγνωση ή κυτταρολογική υποψία καρκίνου θυρεοειδούς και εκείνοι με ιστορικό ακτινοβολίας στον τράχηλο. Στους 932 ασθ. (194♂, 738♀, μ.ηλ. 49 έτη) μελετήθηκαν η συχνότητα και ο τύπος θυρεοειδικού καρκινώματος και η συσχέτιση με την προεγχειρητική διάγνωση και τη μετεγχειρητική ιστοπαθολογία του υπόλοιπου αδένου.

**Αποτελέσματα:** Η προεγχειρητική διάγνωση ήταν απλή πολυοζώδης (n=653, 70,1%), τοξική πολυοζώδης (n=81, 8,7%), νόσος Graves (n=66, 17,8%) και υποτροπή οζώδους βρογχοκήλης μετά "μερική" θυρεοειδεκτομή (n=32, 3,4%).

Η ιστολογική εξέταση διέγνεσε καρκίνωμα θυρεοειδούς (n=63, 6,8%) με ισότιμη αναλογία θηλώδους (2,8%) και θηλακιδώδους (2,9%) καρκινώματος, ενώ η συχνότητα μικροθηλώδους (<1cm) καρκινώματος ήταν 1,2%.

Η συχνότητα καρκινώματος ήταν 9,8% σε πολυοζώδη, 4,9% σε τοξική πολυοζώδη, 2,4% σε ν. Graves και 12,5% σε υποτροπή πολυοζώδους βρογχοκήλης. Τα, δε, ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών ήταν 0,3% μόνιμη υπασβεστιαμία και 0,2% μόνιμη ετερόπλευρη πάρεση παλλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου.

Ο μέσος όγκος του θυρεοειδικού παρασκευάσματος ήταν 80,8cm<sup>3</sup> έναντι 75,6cm<sup>3</sup> των αδένων με καρκίνωμα.

**Συμπεράσματα:** Η ολική θυρεοειδεκτομή είναι ασφαλής θεραπεία εκλογής στις περισσότερες καλοήθεις θυρεοειδοπάθειες, ιδιαίτερα σε εκείνες με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Σημαντικό, επιπλέον, πλεονέκτημα αυτής είναι η ασφαλής και μόνιμη θεραπεία του αδιάγνωστου θυρεοειδικού καρκινώματος, το οποίο παρουσιάζει αυξανόμενη επίπτωση στους ασθενείς με καλοήθεις θυρεοειδοπάθειες.

## 20

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΠΙΛΩΝ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΠΙΛΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ**Κοκολάκης Α.<sup>1</sup>, Δασιθιωτάκης Κ.<sup>2</sup>, Κρασαγάκης Κ.<sup>1</sup>, Τόσκα Α.<sup>1</sup><sup>1</sup>Τμήμα Δερματολογίας, <sup>2</sup>Τμήμα Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με σύνδρομο δυσπλαστικών σπίλων, οι οποίοι βρίσκονται υπό τακτική παρακολούθηση στο ειδικό Ιατρείο Σπίλων και Μελανωμάτων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη περιελήφθησαν όλοι οι ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται στο Ιατρείο Σπίλων και Μελανωμάτων, λόγω του συνδρόμου άτυπων σπίλων (>100 κοινοί σπίλοι και >=1 ιστολογικά επιβεβαιωμένος δυσπλαστικός σπίλος). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνέντευξη από ιατρό με τη χρήση πρότυπου ερωτηματολογίου. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου DLQI (Dermatology Life Quality Index).

**Αποτελέσματα:** Η μελέτη περιέλαβε 28 ασθενείς, εκ των οποίων οι 13 ήταν γυναίκες και οι 15 άντρες. Η ηλικία των ασθενών κυμάνθηκε από 23 έως 68 ετών. Το διάστημα παρακολούθησης των ασθενών στο ειδικό ιατρείο κυμάνθηκε από 1 έως 10 χρόνια, ενώ η συχνότητα επισκέψεων τους ήταν από 1 έως και 4 φορές το χρόνο. Σε δύο ασθενείς ανευρέθη σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ενώ σε 3 η επίδραση ήταν ήπια. Οκτώ και 15 ασθενείς ανέφεραν μικρή ή καμία επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους, αντιστοίχως.

**Συμπέρασμα:** Το σύνδρομο δυσπλαστικών σπίλων και η τακτική παρακολούθησή σε ειδικό ιατρείο με σκοπό την πρώιμη διάγνωση του μελανώματος δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής. Συνεπώς, η ενδεχόμενη επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους δε θα πρέπει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα τακτικής παρακολούθησης.

## 21

**Η ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΣΕ 200 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

De Bree E., Χαραλαμπίκης Β., Μανιός Α., Σταθάκη Μ., Κρασαγάκης Κ., Χανιώτης Β., Κουκουράκη Σ., Σταθόπουλος Ε., Τόσκα Α., Καρκαβίτσας Ν., Μελισσάς Ι.

Μονάδα Μελανώματος και Σαρκώματος, Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Δερματολογική Κλινική και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου - Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

**Σκοπός της εργασίας:** Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (ΛΦ) φαίνεται, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία, να είναι μια αξιόπιστη μέθοδος σταδιοποίησης του μελανώματος. Μελετήθηκε η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στη μονάδα μας.

**Υλικό - Μέθοδος:** Συνολικά 202 ασθενείς με κλινικά και απεικονιστικά εντοπισμένο μελάνωμα του δέρματος υποβλήθηκαν σε βιοψία του ΛΦ από τον Απρίλιο του 1996 έως τον Νοέμβριο του 2010. Σε 24 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε για τη διεγχειρητική χαρτογράφηση της λεμφικής παροχέτευσης ενδοδερμική έγχυση μόνο μπλε χρωστικής ουσίας (isosulphan blue). Στους υπόλοιπους ασθενείς προστέθηκε η τεχνική αναγνώρισης του ΛΦ με ειδικό ανιχνευτή γ-ακτινοβολίας έπειτα από τη χορήγηση ραδιοϊσοτόπου. Οι λεμφαδένες εξετάστηκαν με ΗΕ- και ανοσοϊστοχημικές χρώσεις σε πολλαπλές τομές. Η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου εκτιμήθηκε στην αρχική φάση εκμάθησης μετά από προφυλακτικό λεμφαδενικό καθορισμό (11 ασθενείς) και ύστερα κατά την κλινική παρακολούθηση.

**Αποτελέσματα:** Σε 200 ασθενείς (99%) ανιχνεύτηκε τουλάχιστον ένας λεμφαδένας φρουρός, ο οποίος ήταν διηθημένος στο 18% των περιπτώσεων (34 ασθενείς). Υποτροπή στους επιχώριους λεμφαδένες παρουσιάστηκε σε 7 ασθενείς (διαγνωστική ακρίβεια (ΔΑ) 97%, ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα (ΨΑ) 16%). Η διαγνωστική ακρίβεια ήταν υψηλότερη με τον συνδυασμό των δυο τεχνικών (ΔΑ 99%, ΨΑ 9%) συγκριτικά με τη χρήση της χρωστικής ουσίας μόνο (ΔΑ 83%, ΨΑ 50%).

**Συμπεράσματα:** Η βιοψία του ΛΦ αναδείχτηκε μέθοδος σταδιοποίησης με υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και στη δική μας μονάδα. Το ποσοστό ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος ήταν υψηλό με τη χρήση της χρωστικής ουσίας μόνο, αλλά απόλυτο αποδεχτό με τη συνδυασμένη τεχνική και μετά από την απόκτηση εμπειρίας.

## 22

**ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Τσαπάρας Π.<sup>1</sup>, Αντωνίου Π.<sup>1</sup>, Ματθαίου Π.<sup>2</sup>, Τσιούλιας Γ.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Χειρουργικό Τμήμα, Αθηναικής Κλινικής, <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Αθηναικής κλινικής, <sup>3</sup>Διευθυντής Χειρουργικής Veterans Administration Health Services of New Jersey

**Σκοπός της εργασίας:** Το πολυκυστικό μεσοθηλίωμα (πολύχωρη μεσοθηλιακή κύστη) είναι ένας σπάνιος καλοήθης όγκος. Η παθογένεσή του παραμένει ασαφής ενώ δεν δείχνει να έχει επιθετική τάση προς κακοήθεια. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει μια σειρά καλοήθων ή κακοήθων ενδοκοιλιακών μαζών που παρουσιάζονται ως κυστικά ή πολυκυστικά μορφώματα. Στην εργασία μας γίνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και παρουσιάζουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό.

**Υλικό - Μέθοδος:** Περιγράφουμε την περίπτωση μιας ασθενούς 55 ετών που εισήχθη στη χειρουργική κλινική παραπονούμενη για άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου χωρίς περαιτέρω συμπτωματολογία. Κατά την κλινική εξέταση ανεδείχθη μόνο άλγος κατά την άσκηση πίεσης στην προαναφερθείσα περιοχή. Αξίζει να αναφέρουμε τον κυστικό σχηματισμό μεγαλύτερης διαμέτρου 4,5 εκ στον δεξιό παραμήτριο χώρο που περιγράφεται στην αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας. Κατά τη διενέργεια ερευνητικής λαπαροσκόπησης ευρέθη πολύχωρο κυστικό μόρφωμα εξορμούμενο εκ του μεσεντεριδίου της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η λοιπή ερευνητική κοιλίας δεν ανέδειξε άλλη παθολογία. Η ασθενής εξήλθε την επομένη του χειρουργείου χωρίς επιπλοκές ή άλλα συμβάματα.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση (ανοσοχρώσεις Panketarin, Calretinin) σημείωσε ευρήματα συμβατά με πολυκυστικό μεσοθηλίωμα ή αλλιώς πολύχωρη μεσοθηλιακή κύστη. Ένα χρόνο περίπου μετά δεν υπάρχουν ενδείξεις υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Αν και η συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα περιγράφηκε πρώτη φορά το 1979, στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί κάτω από 200 τέτοιες περιπτώσεις. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Έχουν αναφερθεί διάφορες φαρμακευτικές θεραπείες χωρίς όμως ουσιαστικά αποτελέσματα. Η χειρουργική αφαίρεση δείχνει να είναι η μόνη αποτελεσματική θεραπεία με σκοπό την αποφυγή τοπικής υποτροπής.

## 23

**ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗΣ ΕΥΜΕΓΕΘΩΝ ΚΥΣΤΙΚΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ.**

**Ζυγούρης Δ.<sup>1</sup>, Γρηγοριάδης Χ.<sup>1</sup>, Δερδελής Γ.<sup>1</sup>, Ανδρουτσόπουλος Γ.<sup>2</sup>, Αποστόλου Γ.<sup>3</sup>, Τερζάκης Εμμ<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Β' Γυναικολογική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Πατρών, Ιατρική Σχολή, <sup>3</sup>Κυτταρολογικό Τμήμα, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**Στόχος:** Να αξιολογήσουμε τη δυνατότητα λαπαροσκοπικής προσέγγισης με ασφάλεια και χωρίς διαφυγή υγρού ασθενείς με ευμεγέθεις κύστες ωοθηκών.

**Υλικό – Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε προοπτική μελέτη για την αντιμετώπιση λαπαροσκοπικά ευμεγεθών κύστεων ωοθηκών, με στόχο την αποφυγή διαφυγής υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Χρησιμοποιούμε ένα σύστημα αποτελούμενο από σωλήνα (d=8mm, l=35cm, COOK® instrument) με καταδεδυμένη βελόνα 16G και μια μεμβράνη Tissue Patch<sup>3TM</sup> (25mm x 50mm, Tissuemed) κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής εξαίρεσης κύστεων ωοθηκών (>8cm). Μετά την είσοδο μας στην περιτοναϊκή κοιλότητα λαμβάνονταν έκπλυμα κοιλίας και στις περιπτώσεις ευμεγεθών κύστεων περνάμε την μεμβράνη Tissue Patch μέσω trocar και την κολλάμε στην επιφάνεια της κύστεως. Ασκώντας αρνητική πίεση στο άκρο του σωλήνα για μερικά δευτερόλεπτα τρυπάμε με την βελόνα το τοίχωμα της κύστεως και αναρροφούμε το περιεχόμενο. Μετά την αφαίρεση ικανού όγκου υγρού απομακρύνουμε την βελόνα και στο σημείο της οπής τοποθετούμε είτε τη μεμβράνη Tissue Patch είτε εγχύουμε αιμοστατική κόλλα.

**Αποτελέσματα:** Στο χρονικό διάστημα 1/2003 έως 12/2009 με αυτήν την τεχνική, 24 ασθενείς (μ.ο ηλικίας 49.8 έτη) και δεν παρουσιάστηκε καμία εμφανής διαρροή υγρού στην κοιλία κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 88 λεπτά (49-140) και ο μέσος όγκος αναρροφούμενου υγρού ήταν 168ml (120-290ml). Οι κύστες τοποθετούνταν και αφαιρούνται μετά την τοποθέτησή τους σε λαπαροσκοπικό σάκο. Σε περιπτώσεις στέρεων συμφύσεων η τεχνική μας παρείχε καλύτερη ορατότητα και τη δυνατότητα καλύτερου χειρισμού της κύστης.

**Συμπέρασμα:** Αυτή η τεχνική φαίνεται να είναι εφικτή και ασφαλής για τη μείωση του όγκου μεγάλου κύστεων ωοθηκών. Η τεχνική αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αντιμετώπιση κύστεων σε περιπτώσεις κακοήθειας, καθώς σε αυτή την περίπτωση η διαφυγή υγρού θα αύξανε το στάδιο της νόσου.

## 24

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΤΑΞΙΝΗΣ ΣΤΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

**Μεμέτ Ι., Λαμπροπούλου Μ., Χατζάκη Αικ., Ρωμανίδης Κ., Γραμματικοπούλου Ι., Τσαλικίδης Χρ., Σιμόπουλος Κ., Τσαρούχα Α.**

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Ήπατος - Χοληφόρων - Παγκρέατος, Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Δ.Π.Θ.

**Σκοπός:** Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην χειρουργική ήπατος, είναι ο έκτος σε συχνότητα καρκίνος παγκοσμίως, και παραμένει ο τρίτος σε ποσοστά θνητότητας, ενώ αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στους κίρρωτικούς ασθενείς. Στα πλαίσια κατανόησης των μοριακών μηχανισμών που εμπλέκονται στην ηπατική καρκινογένεση και στην ικανότητα διήθησης και δημιουργίας μεταστάσεων, ολοένα και περισσότερο μελετάται η αυτοταξίνη και ο ρόλος της στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η αυτοταξίνη εκφράζεται στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο και αν εμπλέκεται στην επιθετικότητα του και την φτωχή μέχρι σήμερα πρόγνωση του.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τεμάχια ηπατικού ιστού από 28 ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνο στα οποία ανιχνεύθηκε η έκφραση της αυτοταξίνης με τη βοήθεια της ανοσοϊστοχημείας. Χαρακτηριστικά των ασθενών όπως, το φύλο, η ηλικία, ο βαθμός διαφοροποίησης, η λεμφαγγειακή διήθηση, ο αριθμός των όζων, η α-φετοπρωτεΐνη ορού, η παρουσία κίρρωσης, η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης και η επιβίωση, καταγράφηκαν.

**Αποτελέσματα & Συμπεράσματα:** Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος των ιστών επιβεβαίωσε την έκφραση της αυτοταξίνης στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Διαπιστώθηκε πως ο ιστολογικός βαθμός διαφοροποίησης του όγκου αποτελεί τον μοναδικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα που σχετίζεται με τα επίπεδα της αυτοταξίνης, καθώς αυτά παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στα G2-G3. Επιπλέον, τα επίπεδα της αυτοταξίνης παρέμειναν ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για μικρότερη επιβίωση, καθώς η πιθανότητα θανάτου των ασθενών με υψηλά επίπεδα αυτοταξίνης υπολογίστηκε 8 φορές μεγαλύτερη από ότι των ασθενών με χαμηλά επίπεδα. Συμπερασματικά η μελέτη της έκφρασης της αυτοταξίνης στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο φαίνεται να είναι ενθαρρυντική.



## 25

**Η ΥΠΕΡΘΕΡΜΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ**

**Τέντες Α.Α., Κυζιρίδης Δ., Καραμβέρη Χ., Κουγιουμτζή Ι., Κορακιανίτης Ο., Μαυρουδής Χ., Ανδρέου Α., Σιββάς Θ., Ριτβάν Α., Γκουροβανίδου Δ.**

*Χειρουργική Κλινική, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. Διδυμοτείχου*

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της υπέρθερμης διεγχειρητικής ενδοπεριτοναϊκής χημειοθεραπείας, ως συμπληρωματικής μεθόδου θεραπείας, στον καρκίνο του ενδομητρίου.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** Προοπτική μελέτη γυναικών με καρκίνο του ενδομητρίου, οι οποίες υποβάλλονται σε ολική κοιλιακή υστερεκτομή και υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία με πλατίνη και δοξορουμπικίνη.

**Αποτελέσματα:** Από τον Σεπτέμβριο 2008 έως τον Οκτώβριο 2010, 20 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $60.3 \pm 13.3$  (38-85) χρόνων, υποβλήθηκαν σε ολική κοιλιακή υστερεκτομή και υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία, για καρκίνο του ενδομητρίου. Η νοσοκομειακή θνητότητα και νοσηρότητα ήταν αντίστοιχα 5% και 30%. Τοξικότητα από την χημειοθεραπεία δεν παρατηρήθηκε σε καμία ασθενή. Σε 2 ασθενείς (10%) διαπιστώθηκε υποτροπή της νόσου. Με διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 9 μήνες, 16 γυναίκες βρίσκονται εν ζωή, χωρίς υποτροπή της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Η υπέρθερμη διεγχειρητική ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία μετά από ολική κοιλιακή υστερεκτομή είναι καλά ανεκτή και αποτελεσματική μέθοδος συμπληρωματικής θεραπείας στον καρκίνο του ενδομητρίου.

## 26

**ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗ ΚΑΙ HIPEC PLUS ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΣΗ**

**Παπαδημητρόπουλος Κ.<sup>1</sup>, Κωστούλας Ν.<sup>1</sup>, Μακρίδης Γ.<sup>1</sup>, Μπαντιάς Χ.<sup>1</sup>, Σαλάτας Κ.<sup>2</sup>, Ανθόπουλος Γ.<sup>3</sup>, Κυριάκου Ε.<sup>4</sup>, Κεντεποζίδης Ν.<sup>5</sup>, Μπιρμπιλής Α.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, <sup>3</sup>ΜΕΘ, <sup>4</sup>Χειρουργείο, <sup>5</sup>Ογκολογική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από την εφαρμογή της κυτταρομειωτικής χειρουργικής σε συνδυασμό με *διεγχειρητική ενδοφλέβια και ενδοπεριτοναϊκή υπέρθερμη χημειοθεραπεία* (HIPEC PLUS και HIPEC) τους τελευταίους 22 μήνες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αντιμετωπίστηκαν τρεις ασθενείς με καρκίνο ορθού και σιγμοειδούς, ένας με καρκίνο ορθοσιγμοειδούς με τοπική ρήξη και περιτοναϊκή διασπορά, τρεις με τοπική υποτροπή μετεγχειρητικά και μετά από ολοκλήρωση της χημειοθεραπευτικής αγωγής. Δύο ασθενείς με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις μετά από χειρουργημένο καρκίνο ωοθηκών και ενδομητρίου και μετά από χ/θ, μια ασθενής με όγκο Muller με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και μία ασθενής με ψευδομύξωμα περιτοναίου.

**Αποτελέσματα:** Σε ποσοστό 91% των ασθενών επιτεύχθηκε πλήρης κυτταρομείωση. Σε όλους τηρήθηκε το πρωτόκολλο της HIPEC PLUS και HIPEC. Χειρουργικός χρόνος 180-660'. Διεγχειρητικές επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν. Δέκα ασθενείς παρέμειναν μετεγχειρητικά στη ΜΕΘ για 48 ώρες. Μια ασθενής λόγω της ήδη βεβαρημένης από τη Χ/Θ κατάστασης της αλλά και λόγω αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας, παρέμεινε στη ΜΕΘ για 20 ημέρες. Όλοι οι ασθενείς εκδήλωσαν ταχυκαρδία μετά την 4<sup>η</sup> μετχ ημέρα, λόγω της καρδιοτοξικότητας των χ/θ φαρμάκων. Σε μικρότερο ποσοστό εμφανίστηκαν επιπλοκές από το αιμοποιητικό, το αναπνευστικό, το ουροποιητικό, το πεπτικό και το ΚΝΣ. Ο συνολικός μετεγχειρητικός χρόνος νοσηλείας κυμάνθηκε από 13-50 ημέρες.

Δέκα ασθενείς ακολούθησαν μετεγχειρητική χ/θ αγωγή. Οι επτά παραμένουν ελεύθεροι νόσου, ένας εκδήλωσε υποτροπή της νόσου 19 μήνες μετά, ένας εμφάνισε μονήρη μεταστατική εστία στον πνεύμονα 8 μήνες μετά το 1ο χειρουργείο και τη χ/θ και κατέληξε μετά από 17 μήνες, ένας ασθενής κατέλειξε 8 μήνες μετά το χειρουργείο, λόγω πανκυτταροπενίας.

**Συμπεράσματα:** Η περιορισμένη χρονικά μετεγχειρητική παρακολούθηση και ο μικρός αριθμός των περιστατικών καθιστά επιβεβλημένη τη συνεχή αξιολόγηση και επέκταση της εφαρμογής της μεθόδου βάσει ενδείξεων.

## 27

**ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ Ca ΩΟΘΗΚΩΝ-ΔΕΥΕΡΟΓΕΝΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗ****Χαντζησαλάτας Σ., Bazika Y.***University «Carol Davila»*

**Σκοπός:** Της παρούσης μελέτης είναι η καταγραφή των υποτροπιάζοντων Ca ωοθηκών δευτερογενούς κυτταρομείωσης στην επιβίωση των ασθενών που παρουσιάζουν την πρώτη υποτροπή.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αποτέλεσαν 20 ασθενείς με Ca ωοθήκης που υποβλήθηκαν από το 2007-2010 σε δευτερογενή κυτταρομειωτική επέμβαση, λόγω υποτροπής, στη Μ/Γ κλινική του Πανεπιστημίου SUUB «Carol Davila». Όλοι οι ασθενείς αντιμετώπιστηκαν από το ογκολογικό τμήμα μας με πρωτογενή κυτταρομείωση και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με πλατίνα. Το διάστημα ελεύθερο νόσου ήταν >6 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Μας έδειξαν ότι το μέσο διάστημα μέχρι την υποτροπή ήταν 23 μήνες, ενώ η μέση επιβίωση μετά τη δεύτερη επέμβαση ήταν 25 μήνες. Η δευτερογενής κυτταρομείωση επετεύχθη σε 12 ασθενείς (υπολειπόμενη νόσος <1 εκ.). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η ικανοποιητική δευτερογενής κυτταρομείωση βελτίωσε σημαντικά την επιβίωση (υπολειπόμενη νόσος >1 εκ./<1 εκ. μέση επιβίωση: 18 μήνες/31 μήνες,  $p < 0,05$ ). Άλλοι παράγοντες που επηρέασαν σημαντικά την επιβίωση, ήταν το ελεύθερο νόσου διάστημα (6-24 μήνες/>24 μήνες μέση επιβίωση: 19 μήνες/34 μήνες,  $p < 0,05$ ). Καθώς η υπολειπόμενη νόσος μετά την πρωτογενή ογκομείωση (>1 εκ./<1 εκ. μέση επιβίωση: 21 μήνες/34 μήνες).

Δεν φάνηκε να έχει καμία επίδραση το στάδιο της νόσου, ο βαθμός της διαφοροποίησης, η παρουσία του ασκίτη, καθώς και ο αριθμός των σημείων υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Ο υποτροπιάζων Ca ωοθηκών - δευτερογενής ογκομείωσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ασθενών, βελτιώνοντας έτσι την επιβίωση. Τη μεγαλύτερη ωφέλεια έχουν οι ασθενείς που είχαν ικανοποιητική την πρώτη επέμβαση και ελεύθερο νόσου διάστημα >24 μηνών.

## 28

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ****Γούβας Ν.<sup>1</sup>, Βίνη Α.<sup>2,3</sup>, Σιλυβρίδου Κ.<sup>2</sup>, Κακανά Χ.<sup>2</sup>, Διαμαντίδου Ε.<sup>4</sup>, Χουρμούζη Δ.<sup>4</sup>, Ζούρος Ε.<sup>1</sup>, Δερβένης Χ.<sup>1</sup>, Ξυνός Ε.<sup>5</sup>***<sup>1</sup>Α Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα», <sup>2</sup>Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup>Ογκολογική Κλινική, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, <sup>4</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, <sup>5</sup>Χειρουργική Κλινική, Creta InterClinic*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της ανεκτικότητας και της τοξικότητας καθώς και των αποτελεσμάτων της πολυπαραγοντικής θεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του ορθού.

**Ασθενείς – Μέθοδοι:** Μεταξύ 2002 και 2009, 61 ασθενείς με καρκίνο ορθού διεγνώσθησαν σε ηλικία πάνω από 70 έτη (70-84έτη). Τριάντα εννέα ασθενείς ήταν άντρες και 22 γυναίκες με διαγνωσμένο μέσω βιοψίας εξαιρέσιμο αδενοκαρκίνωμα ορθού, 13 χάθηκαν στη μετεγχειρητική παρακολούθηση (19 σταδίου II-29 σταδίου III). Η φυσική τους κατάσταση σύμφωνα με το ECOG-score ήταν 0-1 σε 35 και 2-3 σε 13. Δεκαεννέα ασθενείς αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά (7 κοιλιοπερινεϊκές εκτομές) και στη συνέχεια χορηγήθηκε χημειοακτινοθεραπεία. Είκοσι ασθενείς αντιμετώπιστηκαν με χημειοακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από χειρουργική εκτομή σε 14 ενώ οι υπόλοιποι 6 αντιμετωπίστηκαν με παρηγορική ακτινοθεραπεία για έλεγχο των συμπτωμάτων λόγω πτωχής γενικής κατάστασης. Η ακτινοθεραπεία σχεδιάστηκε τρισδιάστατα συνεστακτικά και χορηγήθηκε με τεχνική 3 πεδίων σε γραμμικό επιταχυντή 18MV. Μετεγχειρητικά η διάμεση δόση ήταν 40Gy (28-52,2Gy) και προεγχειρητικά 45Gy (36-50,4Gy) σε κλάσματα 1,8Gy. Η χημειοθεραπεία αποτελούταν από καπεσιταμίνη.

**Αποτελέσματα:** Με εξαίρεση 6 ασθενείς που παρουσιάστηκαν σε κακή γενική κατάσταση, οι υπόλοιποι αντιμετώπιστηκαν με σκοπό την ίαση. Οι τοξικότητες ήταν υψηλές και στις δύο ομάδες (προεγχειρητικής-μετεγχειρητικής χημειοακτινοθεραπείας). Ειδικότερα, αιματολογική και γαστρεντερική τοξικότητα βαθμού II-III συνέβη στο 80% των ασθενών με μετεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία και είχε ως αποτέλεσμα αλλαγές ή παύση της θεραπείας στους 15 από 19 ασθενείς (78%). Οι ασθενείς με προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία επέδειξαν καλύτερη ανεκτικότητα. Το 52% υπέφερε από τοξικότητα βαθμού II-III ενώ το 85% κατάφερε να ολοκληρώσει τη θεραπεία χωρίς σημαντικές τροποποιήσεις. Κλινική και ακτινολογική ανταπόκριση παρατηρήθηκε σε όλους, όμως μόνο 14 από τους 20 υπεβλήθησαν σε χειρουργική εκτομή. Από τους 6 που δεν χειρουργήθηκαν, 4 ήταν πτωχοί υποψήφιοι για χειρουργείο και 2 αρνήθηκαν. Από 6 που αντιμετωπίστηκαν παρηγορικά, 5 κατάφεραν να λάβουν επαρκή δόση ακτινοβολίας (30Gy) και είχαν βελτίωση των συμπτωμάτων παρόλο που οι παρενέργειες δεν ήταν αμελητέες.

**Συμπεράσματα:** Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο ορθού μπορούν να αντιμετωπιστούν ριζικά υπό την προϋπόθεση να βρίσκονται σε καλή γενική κατάσταση. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία αντί μετεγχειρητικής, ενώ ειδική προσοχή θα πρέπει να δίνεται στα τεχνικά στοιχεία των σχημάτων ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας με σκοπό την ελαχιστοποίηση της τοξικότητας.

## 29

**ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Γούβας Ν.<sup>1</sup>, Βίνη Α.<sup>2,3</sup>, Σιλυβρίδου Α.<sup>2</sup>, Διαμαντίδου Ε.<sup>4</sup>, Αγαλιανός Χ.<sup>1</sup>, Κελιώργη Δ.<sup>1</sup>, Δερβένης Χ.<sup>1</sup>, Ευνός Ε.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Α Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα», <sup>2</sup>Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, <sup>3</sup>Ογκολογική Κλινική, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, <sup>4</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Διαβαλκανικό Ιατρικό Κέντρο, <sup>5</sup>Χειρουργική Κλινική, Creta InterClinic

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πολυπαραγοντικής θεραπείας στην αντιμετώπιση ασθενών με τοπική υποτροπή ορθοκολικού καρκίνου.

**Ασθενείς – Μέθοδοι:** Μεταξύ 2002 και 2007, 21 ασθενείς με υποτροπιάζοντα ορθοκολικό καρκίνο μελετήθηκαν. Δεκατέσσερις ασθενείς ήταν άντρες και 7 γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 58 έτη (32-82έτη). Δεκαέξι ασθενείς υπέφεραν από καρκίνο του ορθού για τον οποίο είχαν χειρουργηθεί 16-42 μήνες νωρίτερα. Δύο από αυτούς είχαν λάβει μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και 5 χημειοθεραπεία. Πέντε ασθενείς υπέφεραν από καρκίνο του τυφλού και είχαν αντιμετωπιστεί με χειρουργική εκτομή και χημειοθεραπεία 20-38 μήνες νωρίτερα. Η τοπική υποτροπή διεγνώσθη με CT σε 6, MRI σε 11 και PET-CT σε 4. Επιπρόσθετα της τοπικής υποτροπής, 3 ασθενείς είχαν και ηπατικές μεταστάσεις. Τρεις ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά και στη συνέχεια έλαβαν χημειοακτινοθεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι 18 αντιμετωπίστηκαν με σύγχρονη χημειοακτινοθεραπεία και οι 12 από αυτούς αντιμετωπίστηκαν στη συνέχεια χειρουργικά. Η ακτινοθεραπεία εξομοιώθηκε με αξονικό τομογράφο, σχεδιάστηκε συνεστιακά σε 3 διαστάσεις και χορηγήθηκε με γραμμικό επιταχυντή 18MV με μια διάμεση δόση 48Gy (38Gy-60Gy). Η χημειοθεραπεία αποτελούταν από συνεχή έγχυση 5FU σε 5 ασθενείς και Xeloda σε 16 (9 έλαβαν και οξαλιπλάτινα).

**Αποτελέσματα:** Οι 3 ασθενείς που αρχικά υπεβλήθησαν σε χειρουργείο, είχαν εντοπισμένη υποτροπή στο σημείο της αναστόμωσης. Οι 2 από αυτούς παραμένουν ελεύθεροι νόσου 21 και 38 μήνες μετά τη θεραπεία και ο τρίτος είναι εν ζωή 19 μήνες μετά με ηπατικές μεταστάσεις. Από τους 18 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με χημειοακτινοθεραπεία, ανταπόκριση καταγράφηκε ακτινολογικώς σε 15 (83%). Σε δύο ασθενείς καταγράφηκε πλήρης ανταπόκριση με PET-CT και παραμένουν ελεύθεροι νόσου για 6 και 10 μήνες. Δεκατέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή της υπολειμματικής νόσου και η διάμεση επιβίωσή τους ήταν 21 μήνες, 3 αρνήθηκαν την χειρουργική επέμβαση και 2 (με καμία ανταπόκριση στην χημειοακτινοθεραπεία) κατηγοριοποιήθηκαν ως ανεγχείρητοι. Και οι 5 ανέπτυξαν προοδευτικά νόσο τοπικά (3 ανέπτυξαν ηπατικές, οστικές και εγκεφαλικές μεταστάσεις) και η διάμεση επιβίωσή τους ήταν 13 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Η αντιμετώπιση του τοπικώς υποτροπιάζοντα ορθοκολικού καρκίνου είναι δύσκολη. Αυτή η μικρή αναδρομική σειρά ασθενών δείχνει ότι ο συνδυασμός χημειοακτινοθεραπείας και χειρουργικής εκτομής έχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα σε σχέση με τον τοπικό έλεγχο της νόσου και πιθανώς σε σχέση με την επιβίωση.

## 30

**ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΡΚΩΜΑ ΕΚ ΔΙΑΥΓΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Λασιθιωτάκης Κ., Βενιανάκη Μ., Κουτσομανώλης Δ., Σφακιανάκης Κ., Παπαχρήστος Σ., Αθανασάκης Η., Ζώρας Ο., Χαλκιαδάκης Γ.

Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

**Σκοπός εργασίας:** Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης σαρκώματος από διαυγή κύτταρα στο λεπτό έντερο.

**Υλικό-μέθοδος:** Γυναίκα 49 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτώμενη διάχυτο κοιλιακό άλγος κωλικοειδούς τύπου από 7ημέρου, με συνοδούς εμέτους. Η κλινική εξέταση και η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξαν απόφραξη στο επίπεδο του λεπτού εντέρου. Η ασθενής υπεβλήθη σε υπολογιστική τομογραφία κοιλίας με λήψη σκιαγραφικού, στην οποία σημειώνεται εικόνα ειλεού με διάταση ελίκων λεπτού εντέρου στο επίπεδο του τελικού τμήματος της νήστιδας. Στην εν λόγω περιοχή αναγνωρίζεται κυκλωτερής, έκκεντρη πάχυνση του τοιχώματος με κατά τόπους οζόμορφη διαμόρφωση, που εκτείνεται σε μήκος περί τα 3cm προκαλώντας συγκεντρική ανώμαλη στένωση του αυλού. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου αναγνωρίστηκε μάζα στο επίπεδο του ειλεού στο λεπτό έντερο, η οποία προκαλούσε σχεδόν πλήρη απόφραξη του αυλού του εντέρου. Ύρω από το σημείο απόφραξης βρέθηκαν συμπεφηνμένες έλικες λεπτού εντέρου. Αποφασίστηκε η διενέργεια τμηματικής εντερεκτομής στον ανώτερο ειλεό με πλαγιόπλάγια νηστιδοειδική αναστόμωση.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε όγκο διαστάσεων 3x3x2cm με ιστολογικούς χαρακτηριστές επιθηλιόμορφων κυττάρων με ηωσινόφιλο ή διαυγές κυτταρόπλασμα και εστιακά διαυγείς πυρήνες. Ανοσοϊστοχημικός έλεγχος έδειξε νεοπλασματικά κύτταρα S100 (+), EMA κατά θέσεις (+) και συναπτοφυσίνη κατά θέσεις ασθενώς (+). Δώδεκα λεμφαδένες που βρέθηκαν ήταν ελεύθεροι νεοπλασματικής διήθησης. Πανκρεατίνες AE1/AE3 και GFAP ήταν αρνητικά. HMB45 και MART-1 ήταν αρνητικά. Κυτταρογενετικός έλεγχος έδειξε αναδιάταξη του γονιδίου EWSR1. Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εξήλθε σε καλή γενική κατάσταση την 7<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Μετά από παρακολούθηση 4 μηνών παραμένει ασυμπτωματική, χωρίς ενδείξεις κλινικής υποτροπής της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Το σάρκωμα από διαυγή κύτταρα αποτελεί ένα διακριτό τύπο σαρκώματος από μαλακά μόρια, ο οποίος παρουσιάζει μελανοκυτταρική διαφοροποίηση. Τέτοιοι όγκοι έχουν αναφερθεί σπάνια στη βιβλιογραφία και τα ιστολογικά τους χαρακτηριστικά είναι πανομοιότυπα με εκείνα του σαρκώματος εκ μαλακών μορίων. Ως εκ τούτου, η ιστολογική διάγνωση αλλά και η φυσική πορεία αυτών δεν είναι σαφή, ενώ για την ασφαλή διάγνωση τους απαιτείται κυτταρογενετικός έλεγχος. Λόγω της επιθετικής βιολογικής συμπεριφοράς τους και της υψηλής συχνότητας μεταστάσεων σε λεμφαδένες, ήπαρ και άλλες περιτοναϊκές θέσεις συνιστάται στενή παρακολούθηση με απεικονιστικό έλεγχο, που περιλαμβάνει υπολογιστική τομογραφία θώρακα και κοιλίας. Δεν υπάρχει προς το παρόν ένδειξη οφέλους συμπληρωματικής χημειοθεραπείας.

## 31

**ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΗΣ ΟΓΚΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Λιντζέρης Ι.<sup>1</sup>, Αγρογιάννη Ξ.<sup>2</sup>, Αθανασίου Π.<sup>1</sup><sup>1</sup>Β' & Α' Χειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>2</sup>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

**Σκοπός της εργασίας:** Ο νευροενδοκρινής καρκίνος του μαστού αποτελεί μια εξαιρετικά ασυνήθιστη νόσο. Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία λιγότερες από 30 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε μια τέτοια σπάνια περίπτωση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μια 33χρονη γυναίκα προσεκομίσθη αιτιώμενη την ύπαρξη μιας ψηλαφητής μάζας εντοπισμένης στο δεξιό μαστό. Ο έλεγχος με μαστογραφία απέκαλυψε την ύπαρξη τριών ογκιδίων. Μετά τη βιοψία, η ασθενής υπεβλήθη σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό. Ιστολογικά, ετέθη η διάγνωση του πορώδους διηθητικού αδενοκαρκινώματος σταδίου 2 με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων. Από το οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς προκύπτουν ότι έπασχαν από τη νόσο τόσο η μητέρα όσο και η αδερφή της. Η ασθενής έλαβε επίσης την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. Μετά από 5 έτη, επέστρεψε με υποτροπή της νόσου στην περιοχή της πρωτοπαθούς εστίας. Μια μάζα διαστάσεων 5,5×4×3 cm απεκαλύφθη εντοπισμένη στο μείζονα θωρακικό μυ. Διενεργήθη εκτομή και παθολογοανατομικός έλεγχος του χειρουργικού παρασκευάσματος.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εξέταση του παρασκευάσματος κατέδειξαν νευροενδοκρινή καρκίνο στο εναπομείναν μαζικό ιστικό στοιχείο. Τα νεοπλασματικά κύτταρα έφεραν οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και τους νευροενδοκρινικούς δείκτες της χρωμογραφίνης Α και της συναπτοφυσίνης. Η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας δεν απεικόνισε άλλες εστίες της νόσου.

**Συμπεράσματα:** Οι νευροενδοκρινείς όγκοι αποτελούν συνήθως πρωτοπαθή νεοπλάσματα των πνευμόνων και της γαστρεντερικής οδού, είναι υψηλής κακοήθειας και σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση. Η εντόπιση τους σε άλλες θέσεις και μάλιστα όπως αυτή του μαζικού αδένος πραγματικά αποτελεί σπάνιο φαινόμενο. Ως εκ τούτου, περαιτέρω έρευνες επιβάλλονται ώστε να διευκρινισθεί η κλινική εμφάνιση της νόσου και να καθορισθεί ένα ακριβές πρωτόκολλο θεραπείας και παρακολούθησης αυτών των ασθενών.

## 32

**ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ**Λιντζέρης Ι.<sup>1</sup>, Αγρογιάννη Ξ.<sup>2</sup>, Βαράτσος Α.<sup>3</sup><sup>1</sup>Β' Χειρουργικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, <sup>2</sup>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης

**Σκοπός της εργασίας:** Ο πρωτοπαθής καρκίνος της σκωληκοειδούς απόφυσης αποτελεί μια σπάνια κλινική οντότητα συγκριτικά με τις κατά πολύ συχνότερες κακοήθειες του παχέος εντέρου. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε την εμπειρία της κλινικής μας επί αναλόγων περιπτώσεων.

**Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθη μια αναδρομική μελέτη εξαιτίας κατά την οποία μελετήσαμε πρακτικά χειρουργείου, ιατρικά αρχεία ασθενών και τα αποτελέσματα των παθολογοανατομικών εξετάσεων τους. Κατεγράφησαν 625 σκωληκοειδεκτομές στο νοσοκομείο μας, σε ασθενείς που προσεκομίσθησαν με κλινική εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας.

**Αποτελέσματα:** Σε 3 περιπτώσεις η ιστολογική ανάλυση του χειρουργικού παρασκευάσματος ανέδειξε κακόηθες νεόπλασμα σκωληκοειδούς απόφυσης. Αναλυτικά σε δύο άρρηνες ασθενείς ηλικίας 29 και 15 ετών ετέθη η διάγνωση του νευροενδοκρινούς όγκου ενώ σε ένα τρίτο ηλικίας 89 ετών απεκαλύφθη αδενοκαρκίνωμα σκωληκοειδούς. Ως εκ τούτου, όλοι οι ασθενείς επανετιμήθηκαν και αξιολογήθηκαν ογκολογικά ώστε να τύχουν της κατάλληλης αγωγής και αντιμετώπισης.

**Συμπεράσματα:** Τα πρωτοπαθή κακοήθη νεοπλάσματα της σκωληκοειδούς είναι εξαιρετικά ασυνήθη. Επίσης σπάνια διαγιγνώσκονται πριν ή κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης για αυτό και συχνά απαιτείται δεύτερη επέμβαση ώστε να επιτευχθεί το ορθότερο ογκολογικά αποτέλεσμα. Σύμφωνα δε με τη σύγχρονη βιβλιογραφία μια δεύτερη κακοήθεια είναι πιθανόν να αναπτυχθεί σε ποσοστό 15-20% σε μεταγενέστερο χρόνο στους ασθενείς με νεόπλασμα της σκωληκοειδούς για αυτό επιβάλλεται να υπόκεινται σε τακτικό έλεγχο.

## 33

**ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΡΩΚΤΟΥ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 5 ΕΤΩΝ**Λιντζέρης Ι.<sup>1</sup>, Γιοβανάκης Κ.<sup>2</sup>, Πρίγκουρης Π.<sup>2</sup>, Αργυράκος Θ.<sup>3</sup>, Ροντογιάννη Δ.<sup>3</sup>, Πρίγκουρης Σ.<sup>2</sup><sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, <sup>2</sup>Δ' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», <sup>3</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός»

**Σκοπός της εργασίας:** Το αδενοκαρκίνωμα του πρωκτικού σωλήνα είναι μια πολύ σπάνια νοσολογική οντότητα συγκριτικά με το κατά πολύ συχνότερο αδενοκαρκίνωμα του ορθού. Αποτελεί το 1% του καρκίνου του γαστρεντερικού σωλήνα και περίπου το 5-10% του πρωκτικού καρκίνου. Σύμφωνα δε με το 7<sup>ο</sup> αναθεωρημένο πρωτόκολλο του 2009 του Αμερικανικού Κολλεγίου Παθολογοανατόμων, όταν το επίκεντρο του αδενοκαρκινωμάτους όγκου είναι σε απόσταση μικρότερη των 2cm από την οδοντωτή γραμμή συγκαταλέγεται στους όγκους του πρωκτού και όχι του ορθού. Στην παρούσα εργασία επιχειρούμε να διερευνήσουμε τη συχνότητα του πρωκτικού αδενοκαρκινώματος στην Ελλάδα.

**Υλικό- Μέθοδος:** Διεξήχθη μια μονοκεντρική αναδρομική μελέτη 5 ετών στο νοσοκομείο μας. Κατεγράφησαν σε αυτό το χρονικό διάστημα όλες οι περιπτώσεις ασθενών στους οποίους διεγνώσθη αδενοκαρκίνωμα πρωκτού, η κλινική συμπτωματολογία με την οποία προσήλθαν και επιδημιολογικά στοιχεία όπως το φύλο και η ηλικία.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθησαν συνολικά 56 περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του πρωκτικού σωλήνα. Από αυτούς 23 περιστατικά αφορούσαν αδενοκαρκίνωμα πρωκτού, ποσοστό δηλαδή 41 % επί του συνόλου. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 61 εως 86 ετών. Δεκαπέντε ήταν άνδρες και οκτώ γυναίκες.

**Συμπεράσματα:** Διαφαίνεται ότι στο κέντρο μας η συχνότητα εμφάνισης του αδενοκαρκινώματος επί του συνολικού αριθμού των πρωκτικών καρκινωμάτων είναι σαφώς μεγαλύτερη σε σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα. Μια πολυκεντρική αναδρομική μελέτη δεκαετίας κρίνεται αναγκαία σε μια προσπάθεια διασαφήνισης της επίπτωσης της νόσου.

## 34

**Η ΕΞΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ**

Μιχελουδάκης Α., Βουτινιάς Β., Ιωάννου Α., Πορφύρης Ε.

Τμήμα Πλαστικής &amp; Επανορθωτικής Χειρουργικής, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

Η εξαγγείωση κυτταροστατικών δεν είναι ασύνηθες συμβάν για ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε κύκλους χημειοθεραπείας και απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία στην αντιμετώπιση της από την πλαστική χειρουργική ενός ογκολογικού νοσοκομείου. Στην παρούσα ανακοίνωση περιγράφουμε 17 περιπτώσεις σημαντικής εξαγγείωσης κυτταροστατικών τα οποία αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα της ΠΕΧ του Νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ με διάφορες μεθόδους. Η σοβαρότητα της επιπλοκής αυτής εξαρτάται: από το ποσό του εξαγγειωθέντος κυτταροστατικού, το είδος αυτού, αλλά και επιμέρους στοιχεία όπως είναι η κύρια νόσος η γενική κατάσταση του ασθενούς, η ηλικία του κ.α. Εάν η εξαγγείωση περιοριστεί, η συντηρητική αγωγή με αντιφλεγμονώδη αντιβίωση και τοπική αγωγή μπορεί να έχει θετικά αλλά όχι εντυπωσιακά αποτελέσματα δεδομένου ότι το κυτταροστατικό μπλοκάρεται από τις πρωτεΐνες του δέρματος και των υποκείμενων ιστών και εξακολουθεί να δρα παραμένοντας τοπικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Η απόσυρση του από την κυκλοφορία είναι λίαν δυσχερής).

Η αντιμετώπιση σοβαρότερων εξαγγειώσεων θα είναι:

**1<sup>ο</sup>)** άμεση μέσω τοπικών ενέσεων στην περιοχή φυσιολογικού ορού, ώστε να επιτευχθεί κατά το δυνατό διάλυση ή περιορισμός της δραστηριότητας του χημειοθεραπευτικού. Τοποθέτηση υποδορίων καθετήρων (σωλήνες αναρρόφησης χειρουργείου) με πύλη εισόδου εξόδου στην περιοχή της εξαγγείωσης με σκοπό την έκπλυση της υποδόριας περιοχής

**2<sup>ο</sup>)** μέσα σε ένα διάστημα λίγων ωρών μετά το συμβάν φαίνεται ότι η λιποαναρρόφηση με ειδικές κάνουλες και ιδίως σε περιοχές που ενδείκνυται μπορεί να αποτελέσει πολύ αποτελεσματική αντιμετώπιση

**3<sup>ο</sup>)** σε σοβαρές περιπτώσεις η χρήση τοπικά κορτιζόνης, η αντιφλεγμονώδη αγωγή, η αντιβίωση και η χρήση ψυχρών επιθεμάτων δεν φαίνεται να αποτελούν δραστικά μέτρα.

Η απώτερη αντιμετώπιση περιλαμβάνει: την παρακολούθηση του ασθενούς την αφαίρεση της νέκρωσης που μπορεί να περιλαμβάνει, νέκρωση δέρματος και υποκείμενων ιστών και αποκατάσταση με ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα. Τα συμπεράσματα από την παραπάνω αντιμετώπιση είναι:

- 1) Η πρόληψη μιας επιπλοκής η οποία μπορεί να δημιουργήσει βασικά προβλήματα στον ασθενή και να επιβαρύνει την ήδη σοβαρή του κατάσταση από την νεοπλασματική νόσο, μέσω συνεχούς παρακολούθησης την ώρα της χορήγησης και επιφυλακής για την έγκαιρη διακοπή με την παραμικρή αναγνώριση επιπλοκής.
- 2) Επί διαπιστώσεως μεγάλης εξαγγείωσης και ιδιαίτερα προκαλούμενης από τη χρήση τοπικών σκευασμάτων, η λιποαναρρόφηση της περιοχής μπορεί να αποτελέσει την επέμβαση εκλογής.
- 3) Εφόσον εγκαθιδρυθεί απώτερη δερματική νέκρωση η αφαίρεση της νεκρωτικής εσχάρας μέχρι υγιών ορίων θα αποτελέσει την ενδεικνυόμενη χειρουργική θεραπεία.
- 4) Η εξαγγείωση ακόμη και μικρού βαθμού συνοδεύεται από εκτεταμένο οίδημα το οποίο προκαλεί άλγος και εμποδίζει την κινητοποίηση με αποτέλεσμα: λειτουργική ανεπάρκεια αρθρώσεων και αγκυλώσεις δύσκολα επανορθώσιμες γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με έντονη συνεχή φυσικοθεραπεία με σκοπό την αποφυγή των παραπάνω.



## 35

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ BEVACIZUMAB, OXALIPLATIN ΚΑΙ CAPECITABINE ΩΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 1<sup>ης</sup> ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΜιχαλάκη Β.<sup>1</sup>, Κόνδη-Παφίτη Α.<sup>2</sup>, Γεννατάς Κ.<sup>1</sup><sup>1</sup>Ογκολογικό Ιατρείο, Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

**Εισαγωγή:** Η προσθήκη του αντι-αγγειογενετικού παράγοντα μπεβασιζουμάμπη (Bevacizumab) σε σχήματα χημειοθεραπείας για μεταστατικό ορθοκολικό καρκίνο βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση. Μελετήσαμε την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα του συνδυασμού Μπεβασιζουμάμπης με Οξαλιπλάτιν και Καπεσιταμίνη (σχήμα XELOX), ως 1ης γραμμής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με μεταστατικό ορθοκολικό καρκίνο.

**Ασθενείς και μέθοδοι:** Ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο μεταστατικό ορθοκολικό καρκίνο έλαβαν ως θεραπεία πρώτης γραμμής το συνδυασμό bevacizumab και XELOX. Το Bevacizumab χορηγήθηκε σε ενδοφλέβια έγχυση 30 λεπτών σε δόση 7.5 mg/kg την ημέρα 1 σε κύκλο 21 ημερών. Το XELOX χορηγήθηκε ως εξής: oxaliplatin σε 2ωρη ενδοφλέβια έγχυση σε δόση 130 mg/m<sup>2</sup> την ημέρα 1 και capecitabine 1,000 mg/m<sup>2</sup> δύο φορές ημερησίως ημέρες 1-14, διάρκεια κύκλου 21 ημέρες. Η θεραπεία χορηγήθηκε έως την εμφάνιση υποτροπής. Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταστασεκτομή ήταν επιτρεπτό να εισέλθουν στην μελέτη.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμμετείχαν 36 ασθενείς με τα εξής χαρακτηριστικά (Πίνακας 1): 25 άνδρες/11 γυναίκες, μέση ηλικία 54 έτη [37-74], θέση πρωτοπαθούς όγκου: κόλον 24, ορθό: 12, σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις: 8 ασθενείς. Όλοι οι ασθενείς εκτιμήθηκαν για τη αποτελεσματικότητα ασφάλεια και ανταπόκριση στο υπό μελέτη σχήμα. Μερική ανταπόκριση (PR) επιτεύχθηκε σε 19 ασθενείς [52.7%], στάσιμη νόσος σε 9 ασθενείς [25%] ενώ σε 8 ασθενείς [22%], διαπιστώθηκε επιδείνωση. Το διάμεσο διάστημα έως την υποτροπή ήταν 9.3 μήνες. Η διάμεση επιβίωση (OS) ήταν 24.5 μήνες. Τέσσερις από 14 ασθενείς [28.5%] με αρχικά ανεγχείρητες ηπατικές μεταστάσεις οδηγήθηκαν σε πλήρη χειρουργική εξάλειψη. Η τοξικότητα του σχήματος περιελάμβανε κυρίως ουδετεροπενία, αναιμία, ναυτία, διάρροια, και σύνδρομο πηλαμών/πυλμάτων.

Η τοξικότητα σχετική με την χορήγηση bevacizumab, ήταν υπέρταση βαθμού 1 και 2 ενώ δεν παρατηρήθηκαν θρομβοεμβολικά επεισόδια, (Πίνακας 2).

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός Bevacizumab με XELOX ως πρώτης γραμμής θεραπεία σε ασθενείς με προχωρημένο ορθοκολικό καρκίνο είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός και ασφαλής. Επιπλέον, σημαντικό ποσοστό ασθενών με ηπατικές μεταστάσεις από ορθοκολικό καρκίνο, που είχαν χαρακτηριστεί ως μη χειρουργήσιμοι, υποβλήθηκαν σε επιτυχή χειρουργική επέμβαση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Margolin K, Gordon MS, Holmgren E, et al: Phase Ib trial of intravenous recombinant humanized monoclonal antibody to vascular endothelial growth factor in combination with chemotherapy in patients with advanced cancer: Pharmacologic and long-term safety data. *J Clin Oncol* 19:851-856, 2001.
- Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, et al: Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 350:2335-2342, 2004.
- Kabbinavar F, Hurwitz H, Fehrenbacher L, et al: Phase II, randomized trial comparing bevacizumab plus fluorouracil (FU)/leucovorin (LV) with FU/LV alone in patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 21:60-65, 2003.
- Kabbinavar FF, Schulz J, McCleod M, et al: Addition of bevacizumab to bolus fluorouracil and leucovorin in first-line metastatic colorectal cancer: Results of a randomized phase II trial. *J Clin Oncol* 23:3697-3705, 2005.
- Bendell JC, Fernando N, Morse M, et al: A phase II study of oxaliplatin, capecitabine, and bevacizumab in the treatment of metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 24:1565, 2006 (suppl; abstr 3541).

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ασθενών.

Παράμετρος	N
Αριθμός ασθενών	36
Μέση ηλικία, έτη	54 (37-74)
Φύλο	
Ανδρες	25 (70%)
Γυναίκες	11 (30%)
Κατάσταση ικανότητας ECOG	
0	32 (89%)
1	4 (11%)
Θέση πρωτοπαθούς όγκου %	
Κόλον	67
Ορθό	33
Εμφάνιση ηπατικών μεταστάσεων	
Σύγχρονες	8 (23%)
Μεταγχορικές	28 (77%)

Πίνακας 2. Συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών Grade 2/3

Ανεπιθύμητη ενέργεια Grade 2/3	N	%
Αριθμός ασθενών	36	
Ουδετεροπενία	3	8
Αναιμία	2	5
Ναυτία	3	8
Διάρροια	4	11
Σύνδρομο πηλαμών/πυλμάτων	2	5
Υπέρταση	3	8

## 36

## ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΟ ΟΡΘΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ

Τσιμογιάννης Κ.<sup>1</sup>, Τσιρώνης Χ.<sup>1</sup>, Ευαγγέλου Χ.<sup>1</sup>, Παπαδοπούλου Μ.<sup>2</sup>, Τσιμογιάννης Ε.<sup>1</sup><sup>1</sup>Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**Σκοπός:** Να παρουσιαστεί σπάνια περίπτωση που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας με ασθενή η οποία είχε υποβληθεί σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή για καρκίνο του ορθού, ένα χρόνο πριν από την εισαγωγή στην κλινική μας.

**Υλικό-μέθοδος:** Γυναίκα 65 ετών, αντιμετωπίστηκε στις 31/10/2009 με διαπρωκτική εκτομή εξαλλαγέντος πολύποδα. Ένα μήνα μετά υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Μετεγχειρητικά εμφάνισε συρίγγιο στην περιοχή του περινέου, το οποίο έκλεισε 6 μήνες μετά. Στη συνέχεια η ασθενής εμφάνισε άλγος στην περιοχή. Οι αξονικές τομογραφίες έδειξαν συλλογή υγρού και αντιμετωπίστηκε με παρακεντήσεις. Στις 8/9/2010 εμφάνισε νέες ενοχλήσεις και αντιμετωπίστηκε με διακολπική παροχέτευση. Απευθύνθηκε στη συνέχεια στην κλινική μας. Ζητήθηκε MRI πυέλου η οποία έδειξε στην ανατομική θέση του ορθού παρουσία κολοβώματος που δεν είχε ανατομική συνέχεια και έφερε clips στο ανώτερο τμήμα του. Αυτό ήταν διατεταμένο, με υγρικό περιεχόμενο, διαστάσεων 7,5 x 3,3 cm. Στις 18/10/2010 έγινε εκτομή του εναπομείναντος ορθού με ιεροκοκκυγική τομή Z. Παροχέτευση κενού τοποθετήθηκε στην περιοχή η οποία αφαιρέθηκε 5 μέρες μετά. Την 7<sup>η</sup> MTX ημέρα η ασθενής εξήλθε σε άριστη γενική κατάσταση, η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

**Συμπεράσματα:** Παρουσιάζουμε το περιστατικό αυτό για τη σπανιότητά του. Η γνώση τέτοιων επιπλοκών βοηθάει στην καλή τεχνική κατά την πρώτη επέμβαση για την αποφυγή τους.



## 37

**ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

**Διονύσης Θ., Βερβερίδης Μ., Αχιλλέως Ο., Καπουλέας Γ., Πασσαλίδης Α.**

*Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. Αθηνών «Παν. & Αγλ. Κυριακού»*

**Σκοπός:** Η ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας των συμπαγών όγκων της παιδικής ηλικίας αναλόγως του τύπου και του σταδίου κατά τη διάγνωση. Περιλαμβάνονται όλοι οι όγκοι του παιδιατρικού πληθυσμού που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας σε διάστημα ενός έτους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά όγκους τραχήλου, θωρακικού τοιχώματος και θωρακικής κοιλότητας καθώς επίσης όγκους κοιλίας και ουροποιογεννητικού συστήματος. Οι ασθενείς που μελετώνται έλαβαν ή όχι προεγχειρητική χημειοθεραπεία σύμφωνα με το εκάστοτε ενδεδειγμένο ογκολογικό πρωτόκολλο. Πρόκειται για δεκαεννέα (19) περιπτώσεις συνολικά, εκ των οποίων έξι (6) ήταν νευροβλαστώματα, δύο (2) νεφροβλαστώματα (όγκοι Wilm's), τέσσερα (4) σαρκώματα μαλακών μοριών, ένα τεράτωμα ωθήκης, ένας όγκος όρχεος από λεκιθικό ασκό, μια ιστιοκύτωση, ένα αδενοκαρκίνωμα προστάτη και ένα σύνδρομο Castelman.

**Αποτελέσματα:** Από τα έξι (6) νευροβλαστώματα, τα τέσσερα (4) ήταν στάδιο IV, έλαβαν προεγχειρητική χημειοθεραπεία και υπέστησαν μετά το χειρουργείο αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών. Από τους ασθενείς αυτούς δύο (2) επιβίωσαν (50%). Επρόκειτο για ένα νευροβλάστωμα αριστερού άνω ημιθωρακίου και για ένα εξωεπινεφριδιακό κυστικό νευροβλάστωμα.

Ένα εκ των δύο νεφροβλαστωμάτων ήταν σταδίου V κατά τη διάγνωση ενώ το δεύτερο ήταν σταδίου II και μετεγχειρητικά ακολούθησε χημειοθεραπευτικό σχήμα 24 εβδομάδων.

Από τα τέσσερα σαρκώματα μαλακών μοριών, το ένα ήταν PNET-EWING αριστερής πυέλου, ένα ήταν κακόηθες νευριλήμωμα (schwannoma) δεξιάς πυέλου, ένα ραβδομυοσάρκωμα δεξιάς θωρακικής χώρας και ένα χολαγγειοσάρκωμα. Από αυτά τα δύο υποτροπίασαν τοπικά.

Στα υπόλοιπα περιστατικά που μελετήθηκαν σημειώθηκε πλήρης ίαση.

**Συμπεράσματα:** Το νευροβλάστωμα διαγιγνώσκεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο με αποτέλεσμα να παρουσιάζει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με άλλες παιδιατρικές κακοήθειες. Τα σαρκώματα μαλακών μοριών είναι σχετικά συχνά στην παιδική ηλικία και πολύ συχνά (περίπου 50%) υποτροπιάζουν τοπικά αυξάνοντας τη θνησιμότητα.

## 38

**ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΣΟΘΗΛΙΩΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΥ: 12ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

**Αλέξης Α.<sup>1</sup>, Κυριαζή Μ.<sup>1</sup>, Αραπαντώνη-Δαδιώτη Π.<sup>2</sup>, Γιαννακοπούλου-Stank Γ.<sup>2</sup>, Κόντης Ε.<sup>3</sup>, Νομικός Ι.<sup>1</sup>, Πεπράκης Ν.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», <sup>3</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου*

**Στόχος:** Το Κακόηθες μεσοθηλίωμα περιτοναίου (Malignant Peritoneal Mesothelioma-MPM) αποτελεί μία σπάνια κακοήθεια του περιτοναίου με πολύ πτωχή πρόγνωση. Η διάγνυσή του είναι αρκετά δύσκολη, καθώς η κλινική του εικόνα ποικίλει. Σκοπός της μελέτης αποτελεί η παρουσίαση της εμπειρίας ενός τριτοβάθμιου Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου τα τελευταία 13 χρόνια σε 11 ασθενείς που διαγνώστηκαν με MPM, ανασκοπώντας το ιστορικό, την επίπτωση και τις θεραπευτικές στρατηγικές αυτής της σπάνιας οντότητας.

**Μέθοδοι:** Η αναδρομική ανάλυση του αρχείου ανέδειξε συνολικά 11 ασθενείς με MPM, που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο από 01/01/1997 έως 31/12/2009. Τα αρχεία πέντε εκ των ασθενών χάθηκαν στο follow up. Το Νοσοκομείο έχει διαγνώσει στο χρονικό αυτό διάστημα 18.505 περιπτώσεις κακοηθειών εκ των οποίων οι 6250 είχαν εντόπιση την περιτοναϊκή κοιλότητα.

**Αποτελέσματα:** Δεν φαίνεται αν υπάρχει υπεροχή ανάμεσα στα δύο φύλα (6 γυναίκες vs 5 άνδρες). Η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι 56,5 έτη (31-80 έτη). Στα 13 χρόνια αυτά, οι φάκελοι πέντε ασθενών χάθηκαν στο follow-up. Για τους υπόλοιπους 6 ασθενείς ο μέσος χρόνος follow-up ήταν 6,5 έτη (1-13 έτη). Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση όσον αφορά στην αρχική εντόπιση του όγκου αλλά και στην αρχική κλινική εικόνα. Δεν υπήρξαν κοινοί αυξημένοι καρκινικοί ή άλλοι βιολογικοί δείκτες σε όλους τους ασθενείς. Κάθε ασθενής υπεβλήθη κατά μέσο όρο σε 1,8 (1-3) χειρουργικές επεμβάσεις για να αντιμετωπιστεί ο αρχικός όγκος αλλά και οι υποτροπές αυτού. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, 3 εκ των οποίων εμφάνισαν πλήρη απόκριση στη θεραπεία τουλάχιστον μια φορά κατά την παρακολούθησή τους. 2 ασθενείς εμφάνισαν αποφρακτική εγκεφαλοπάθεια κατά την εξέλιξη της νόσου. Δύο εκ των 6 ασθενών βρίσκονται εν ζωή, 1 και 13 χρόνια μετά την διάγνωση, αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Το Κακόηθες Μεσοθηλίωμα Περιτοναίου είναι ένα σπάνιο κι επιθετικό νεόπλασμα. Η διάγνυσή του είναι ιδιαίτερα απαιτητική, εξαιτίας των ασαφών, μη ειδικών συμπτωμάτων. Οι πληροφορίες όσον αφορά στην επίπτωση, τη φυσική εξέλιξη και την θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σποραδικές βιβλιογραφικές αναφορές. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα, με ογκομειωτική επέμβαση και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης.

## 39

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Δελλαπόρτας Δ., Ψυχογιού Β., Γεννατάς Κ., Κόνδη-Παφίτη Α., Θεοδοσόπουλος Θ., Πολυμενέας Γ.

*Β' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο*

**Σκοπός:** Οι στρωματικοί όγκοι του γαστρεντερικού (GISTs) είναι σπάνια μεσεγγυματογενούς προέλευσης νεοπλασμάτα του γαστρεντερικού, και ο στομάχος αποτελεί την πιο συχνή τους εντόπιση. Παρ'όλα αυτά η συνύπαρξη αδενοκαρκινώματος του στομάχου και GIST είναι εξαιρετικά σπάνια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μας παρουσιάζεται η περίπτωση ενός άνδρα 80 ετών που υπεβλήθη σε υφολική γαστρεκτομή και Billroth II γαστρονηστιδική αναστόμωση λόγω αδενοκαρκινώματος του στομάχου, κατά την διάρκεια της οποίας ψηλαφήθηκε ένα ογκίδιο υπόσκληρο στο έλασσον τόξο που συμπεριελήφθη στο εγχειρητικό παρασκεύασμα.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε την ύπαρξη αδενοκαρκινώματος του στομάχου εντερικού τύπου κατά Lauren που διηθούσε τον υποβλεννογόνο χιτώνα του οργάνου χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις στους 21 αφαιρεθέντες λεμφαδένες, καθώς και ένα GIST διαμέτρου 3εκ. με μικρή μιτωτική δραστηριότητα και σημαντική πυρηνική ατυπία. Διάφορες υποθέσεις έχουν γίνει για να εξηγήσουν την σπάνια αυτή ανάπτυξη των δύο νεοπλασμάτων διαφορετικής ιστολογικής προέλευσης και συμπεριφοράς χωρίς κάποια ιδιαίτερη συσχέτιση να έχει αποδειχθεί.

## 40

**ΟΓΚΟΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΑ MERKEL (MCC) ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ**

Αναστασόπουλος Σ.<sup>1</sup>, Τζαΐδα Ο.<sup>2</sup>, Κυριαζή Α.Μ.<sup>1</sup>, Κόντης Ε.<sup>3</sup>, Αλέξης Α.<sup>1</sup>, Νομικός Ι.<sup>1</sup>, Περράκης Ν.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Β' Χειρουργικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>3</sup>Β' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»*

**Εισαγωγή:** Το καρκίνωμα από κύτταρα Merkel (MCC) είναι ένα ασυνήθιστο νευροενδοκρινές νεόπλασμα του δέρματος ή/και του υποδόριου ιστού, το οποίο συνήθως απαντάται σε ηλικιωμένα άτομα της λευκής φυλής. Η αδυναμία αναγνώρισης πρωτοπαθούς εστίας σε περιπτώσεις παρουσίας λεμφαδένων διηθημένων από MCC είναι σπάνια και έχει αναφερθεί μόνο σποραδικά.

**Υλικό – Μέθοδος:** Άνδρας 72 ετών προσήλθε με ψηλαφητή μάζα στην αριστερά βουβωνική χώρα, η βιοψία της οποίας ανέδειξε ένα χαμηλής διαφοροποίησης νευροενδοκρινές καρκίνωμα. Ο ενδεδειγμένος κλινικός, εργαστηριακός, απεικονιστικός και ενδοσκοπικός έλεγχος απέτυχε να αναδείξει την πρωτοπαθή εστία του όγκου. Τελικά ο ασθενής υπεβλήθη σε επιπολή λεμφαδενικό καθαρισμό της αριστεράς βουβωνικής χώρας.

**Αποτελέσματα:** Ιστολογικά στο αφαιρεθέν παρασκεύασμα αναγνωρίστηκε κακοήθης νευροενδοκρινική μορφολογία, παρόμοια με εκείνη της αρχικής βιοψίας. Η ανοσοϊστοχημική ανάλυση ανέδειξε σιτικό παραπυρηνικό πρότυπο ανάπτυξης, με θετικούς τους δείκτες CK-20, συναπτοφουσίνη, χρωμογρανίνη, CD-56, ενώ αρνητικοί αποδείχθηκαν οι δείκτες CK-7, TF-1. Τα ως άνω ευρήματα ήταν συμβατά με τη διάγνωση νευροενδοκρινούς όγκου του τύπου MCC.

**Συμπεράσματα:** Ως πιθανές ερμηνείες για τη σπάνια αυτή κλινική οντότητα έχουν αναφερθεί είτε η παρουσία ενός πρωίμου ή κατασταλλμένου την στιγμή της διάγνωσης, πρωτοπαθούς MCC της επιδερμίδας/υποδόριου ιστού, είτε η πιθανότητα ο όγκος να αναπτύσσεται πρωτοπαθώς στον ίδιο το λεμφικό ιστό (λεμφαδενική προέλευση). Σε κάθε περίπτωση, η επιθετική χειρουργική θεραπεία ακολουθούμενη από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια εξασφάλισης τοποπεριοχικού και συστηματικού ελέγχου της νόσου.

## 41

**ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**

**Μπενετάτος Ν., Ρουστάνης Ε., Μπίκος Σ., Ζηλάκου Ε., Τσιμογιάννης Κ.Ε., Τσιμογιάννης Ε.Κ.**

*Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»*

**Εισαγωγή:** Η εξαίρεση των ηπατικών μεταστάσεων από ορθοκολικό καρκίνο αποτελεί την μόνη θεραπευτική παρέμβαση με σημαντική επίπτωση στην επιβίωση. Μετά από την εκτομή οι περισσότεροι ασθενείς θα παρουσιάσουν μεμονωμένη υποτροπή της νόσου στο ήπαρ. Οι πολλαπλές παρεμβάσεις στις ηπατικές μεταστάσεις μετά από υποτροπή μπορεί να αυξήσει το ποσοστό επιβίωσης.

**Σκοπός:** Να προσδιοριστεί η αξία των πολλαπλών επεμβάσεων στο ήπαρ για υποτροπή της μεταστατικής νόσου από καρκίνο του παχέος εντέρου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη 7 ασθενών από τον Απρίλιο του 2002 έως τον Ιούνιο του 2010 που υποβλήθηκαν σε πολλαπλές επεμβάσεις με εκτομή ή RFA-Microwave. Ο πρωτοπαθής όγκος ήταν σε 5 ασθενείς στο κόλον και σε 2 στο ορθό. Οι ηπατικές μεταστάσεις ήταν σύγχρονες σε 4 ασθενείς και μετάχρονες σε τρεις. Επτά ασθενείς υποβλήθηκαν σε μια δεύτερη επέμβαση στο ήπαρ ενώ σε 5 περιπτώσεις έγινε μια τρίτη επέμβαση και σε μια περίπτωση μια τέταρτη.

**Αποτελέσματα:** Τρεις άντρες και 4 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 61.5 έτη (εύρος: 44-75). Χωρίς διεγχειρητική και μετεγχειρητική θνητότητα. Η νοσηρότητα κυμάνθηκε σε 14.2%, 28.5% και 42.8% μετά την πρώτη, δεύτερη και τρίτη επέμβαση αντίστοιχα. Κανένας ασθενής δεν υποβλήθηκε σε μετάγγιση αίματος ή επανεπέμβαση. Η περίοδος μετεγχειρητικής νοσηλείας ήταν συγκρίσιμη μετά την πρώτη και δεύτερη επέμβαση. Η 5ετής συνολική επιβίωση (42.8%) μετά την κολεκτομή, ενώ η μέση επιβίωση ήταν 37 μήνες σε ασθενείς με σύγχρονες μεταστάσεις και 52 μήνες σε ασθενείς με μετάχρονες. Η μέση ελεύθερη νόσου περίοδος μετά την πρώτη και δεύτερη επέμβαση των μεταστάσεων ήταν 16.5 και 9.5 μήνες για τις σύγχρονες μεταστάσεις και 22.6 και 18 μήνες για τις μετάχρονες αντίστοιχα. Η 3ετής ελεύθερη νόσου επιβίωση ήταν 28.5 μήνες. Η 3ετής και 5ετής επιβίωση μετά από την πρώτη επέμβαση ήταν 71.4% και 42.8% ενώ η μέση 3ετής επιβίωση μετά από την δεύτερη και τρίτη επέμβαση ήταν 18 και 15 μήνες αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Οι πολλαπλές επεμβάσεις στο ήπαρ για μεταστάσεις από ορθοκολικό καρκίνο μπορούν να εκτελεστούν με χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η προσέγγιση αυτή είναι ασφαλής σε επιλεγμένους ασθενείς χωρίς εξωηπατική νόσο και φαίνεται να έχει σημαντική επίπτωση στην επιβίωση αυτών των ασθενών.

## 42

**ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΑΜΟΞΙΦΑΙΝΗ**

**Γρηγοριάδης Χ.<sup>1</sup>, Ζυγούρης Δ.<sup>1</sup>, Δερδελής Γ.<sup>1</sup>, Αρνογιαννάκη Ν.<sup>2</sup>, Σοφούδης Χ.<sup>1</sup>, Τερζάκης Εμμ.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Β' Γυναικολογική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Τμήμα, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»*

**Σκοπός:** Τα σαρκώματα της μήτρας θεωρούνται σπάνια, υψηλής βιολογικής επιθετικότητας νεοπλασμάτα που συνοδεύονται από πτωχή πρόγνωση. Πέραν της de novo ανάπτυξης του όγκου, η παρατεταμένη κυρίως χορήγηση ταμοξιφαίνης έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως παράγον κινδύνου για την πρόκλησή τους. Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή περιπτώσεων σαρκωμάτων μήτρας που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας σε ασθενείς με ιστορικό Ca μαστού υπό ταμοξιφαίνη, και η ανασκόπηση σύγχρονης βιβλιογραφίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για πενταετή αναδρομική μελέτη φακέλων ασθενών με διάγνωση σαρκώματος μήτρας που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική μας κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2005-Δεκέμβριος 2009.

**Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο μελέτης μας διεγνώσθησαν 9 περιπτώσεις σαρκωμάτων μήτρας στην Κλινική μας. Δυο (2/9, 22.2%) αφορούσαν σε ασθενείς με αναμνηστικό χειρουργηθέντος Ca μαστού που ακολούθησαν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Και οι δυο ασθενείς (79 και 82 ετών αντίστοιχα, μ.ο. 80.5 έτη) είχαν υποβληθεί σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό με διηθημένους λεμφαδένες κι ελάμβαναν ταμοξιφαίνη επί 5 και 6 έτη αντίστοιχα (μ.ο. 5.5 έτη). Λόγω μετεμμηνοπαυσιακής κολπικής αιμόρροιας υπεβλήθησαν σε υστεροσκόπηση κατά την οποία διαπιστώθηκαν μεγάλα αγγειοβριθή πολυποειδή μορφώματα. Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε καρκινοσάρκωμα μήτρας σε αμφότερες τις περιπτώσεις. Σε μια εξ' αυτών ο νεοπλασματικός δείκτης CA-125 ήταν αυξημένος (120.3 U/ml, φ.τ. <35). Ακολούθησε ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων άμφω και επιπλεκτομή, ενώ σε μια περίπτωση πραγματοποιήθηκε και πυελική-παραορτική λεμφαδενεκτομή. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού εκπλύματος ήταν θετική για κακοήθη κύτταρα. Η τελική ιστολογική εξέταση κατέδειξε καρκινοσάρκωμα με στοιχεία στρωματικού σαρκώματος υψηλού βαθμού κακοήθειας. Σε μια περίπτωση συνυπήρχαν στοιχεία αδενοκαρκινώματος. Δεν παρατηρήθηκε διήθηση του μυομητρίου ενώ χαρακτηριστική ήταν η ιστολογική εικόνα πολυποειδών μορφωμάτων με χαρακτηριστικά καρκινοσάρκωματος. Αμφότερες υπεβλήθησαν σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία και είναι σήμερα 18 και 14 μήνες αντίστοιχα από τη διάγνωση, σε καλή κατάσταση χωρίς σημεία υποτροπής.

**Συζήτηση:** Από το 1988 οπότε και περιγράφηκε στη βιβλιογραφία η πρώτη περίπτωση σαρκώματος μήτρας επί εδάφους λήψεως ταμοξιφαίνης, πάνω από 65 ανάλογες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί. Η παρατεταμένη διάρκεια χορήγησης επί 5 και πλέον έτη με δοσολογία 20 mg/ημέρα, θεωρείται παράγον κινδύνου. Η στενότερη παρακολούθηση ασθενών με Ca μαστού φαίνεται πως οδηγεί σε πρώιμότερη διάγνωση ενδομητρικών αλλοιώσεων κι επομένως σαρκωμάτων μήτρας σε αρχικό στάδιο.

## 43

**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΑΠΕΣΙΤΑΜΠΙΝΗ ΣΕ 50 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Μπόσκος Χρ.<sup>1</sup>, Μπίκου Κ.<sup>1</sup>, Μόσα Ε.<sup>1</sup>, Παππάς Ευ.<sup>3</sup>, Ρασιάς Α.<sup>1</sup>, Βασιλάκου Ε.<sup>1</sup>, Κορκολής Δ.<sup>2</sup>, Πλατανιώτης Γ.<sup>2</sup>, Γοντικάκης Ε.<sup>2</sup>, Μπερούκας Κ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Ακτινοθεραπευτική-Ογκολογική Κλινική, <sup>2</sup>Α' Χειρουργική Κλινική, <sup>3</sup>Τμήμα Αστροφυσικής, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**Εισαγωγή:** Η προεγχειρητική συνδυασμένη ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπευτικό παράγοντα μετά από προεγχειρητική σταδιοποίηση θεωρούνται παγκοσμίως η θεραπεία εκλογής στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του ορθού. Στην Ελλάδα το 2010 ακόμα εφαρμόζεται σε ελάχιστα κέντρα.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε την πρώτη προοπτική προεγχειρητική μελέτη ταυτόχρονα συνδυασμένης ακτινοθεραπείας με χημειοθεραπευτικό παράγοντα (καπεσιταμπίνη) που μελετά την επιβίωση, τον τοπικό έλεγχο της νόσου, την υποσταδιοποίηση της νόσου και την πιθανότητα διάσωσης του σφικτήρα του ασθενούς.

**Μέθοδοι και ασθενείς:** 50 ασθενείς (29 άνδρες/21 γυναίκες) αφού πρώτα σταδιοποιήθηκαν προεγχειρητικά, υποβλήθηκαν σε ΑΚΘ με γραμμικό επιταχυντή υψηλής ενέργειας, συνολικής δόσης 50.4 Gy (Ημερήσια δόση: 1.8 Gy) συνδυασμένη με χημειοθεραπευτικό παράγοντα (καπεσιταμπίνη) με ημερήσια δόση: 825mg/m<sup>2</sup> Χ2 φορές την ημέρα. Μέση ηλικία: 69(±1.8) ετών, μέση μέγιστη διάμετρο όγκου πριν την ΑΚΘ: 4.2(±0.2) εκ., και μέση απόσταση όγκου από τον πρωκτικό δακτύλιο: 6.5(±0.4) εκ. Η επανασταδιοποίηση των ασθενών έγινε με βάση την παθολογοανατομική έκθεση μετά από το χειρουργείο.

**Αποτελέσματα:** Υποσταδιοποίηση παρουσίασαν 30(60%)ασθενείς και πλήρη παθολογοανατομική ανταπόκριση (αρνητική για κακοήθεια παθολογοανατομική έκθεση) οι 13 (26%) ασθενείς. Διάσωση σφικτήρα επετεύχθη σε συνολικά 33(65%) ασθενείς και σε 12/23 (52.5%) με όγκους του τελικού ορθού (απόσταση από πρωκτικό δακτύλιο<7εκ.). Στατιστικά σημαντική για την διάσωση του σφικτήρα βρέθηκε μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση μόνο η απόσταση από τον πρωκτικό δακτύλιο (*p*:0.0138).

Εφαρμόζοντας ανάλυση Kaplan-Meier βρέθηκαν για το σύνολο των ασθενών και για τους ασθενείς που παρουσίασαν πλήρη ανταπόκριση στην θεραπεία αντίστοιχα, η 5ετής συνολική επιβίωση ήταν αντίστοιχα 73.2%, 91.7% η 5ετής ειδική για τη νόσο επιβίωση (Cause Specific Survival) 80.9%, 100%, ο 5ετής τοπικός έλεγχος της νόσου 65.6%, 83.3% αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η προεγχειρητική ταυτόχρονα συνδυασμένη ακτινοθεραπεία με χημειοθεραπευτικό παράγοντα (καπεσιταμπίνη) προάγει την υποσταδιοποίηση της νόσου.

Η απόσταση από τον πρωκτικό δακτύλιο (*p*:0.0138) είναι η μόνη παράμετρος που επιρεάζει τη διάσωση του σφικτήρα.

Η ομάδα ασθενών με πλήρη παθολογοανατομική ανταπόκριση στην προεγχειρητική θεραπεία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη 5ετή συνολική επιβίωση, ειδική για τη νόσο επιβίωση (Cause Specific Survival) και τοπικός έλεγχος της νόσου.

## 44

**Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ.**

Αερδελής Γ., Ζυγούρης Δ., Γρηγοριάδης Χ., Μαρτζούκου Ι., Τερζάκης Ε.

Β' Γυναικολογική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας»

**Σκοπός** της παρούσας αξιολόγησης είναι να παρουσιάσουμε τις τελευταίες εξελίξεις και την εμπειρία της κλινικής μας για τη σημασία του φρουρού λεμφαδένα στον καρκίνο του αιδίου. Η ανεύρεση και βιοψία του λεμφαδένα φρουρού είναι μια νέα πολλά υποσχόμενη μέθοδος για την μείωση της νοσηρότητας της παραδοσιακής χειρουργικής θεραπείας στα αρχόμενα-χειρουργήσιμα στάδια του καρκίνου του αιδίου.

**Μέθοδος:** Η έρευνα συμπεριελάμβανε όλη την βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων αλλά και την ίδια εμπειρία της κλινικής μας. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση ήταν: καρκίνος του αιδίου, λεμφαδένας φρουρός, διαγνωστικές μέθοδοι στον καρκίνο του αιδίου. Τα πρώτα περιστατικά που χειρουργήθηκαν στην κλινική μας έγιναν με προεγχειρητική έγχυση ροδιοσημασμένης ουσίας και γ-κάμερας αλλά και περιεγχειρητικής χρήσης blue pantene αλλά και φορητού μετρητή εκπέμπουσας ακτινοβολίας.

**Αποτελέσματα:** Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τα πιο πρόσφατα δεδομένα στην προεγχειρητική διαγνωστική μεθοδολογία, τα ιστοπαθολογικά κριτήρια για να προβούμε σε χειρουργική θεραπεία, τη διαγνωστική ακρίβεια του λεμφαδένα φρουρού και την κλινική του σημασία, καθώς και την εμπειρία της γυναικολογικής-ογκολογικής κλινικής μας από τα πρώτα δέκα περιστατικά μας.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του αιδίου έχει αλλάξει δραματικά μέσα σε εκατό χρόνια. Τα τελευταία τριάντα χρόνια καινούργιες αναδυόμενες τεχνικές έχουν συμβάλει στο να μειωθεί η μετεγχειρητική νοσηρότητα. Οι καινούργιες πιο συντηρητικές μέθοδοι πρέπει να εκτελούνται από σωστά εκπαιδευμένους χειρουργούς, οι οποίοι έχουν επιδείξει μεγάλη προσοχή στην προεγχειρητική εκτίμηση της ασθενούς. Οι καινούργιες τεχνικές θα πρέπει να εφαρμόζονται μόνο σε συγκεκριμένες ενδείξεις αλλά και να τις προσαρμόσουμε στην ιδιάζουσα ελληνική κλινική πραγματικότητα. Η βιοψία λεμφαδένα φρουρού και οι νέες προεγχειρητικές διαγνωστικές μέθοδοι είναι και θα γίνουν ακόμη πιο χρήσιμα εργαλεία στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του αιδίου.

## 45

**ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (ΗΠΑΤΟΒΛΑΣΤΩΜΑ ΜΕ ΝΕΥΡΟ-ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ): ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Λυκούδης Π.<sup>1</sup>, Ψυχογιού Β.<sup>1</sup>, Γιάλλουρου Αν.<sup>1</sup>, Φραγκουλίδης Γ.<sup>1</sup>, Κόνδη-Παφίτη Αγ.<sup>2</sup>, Βώρος Δ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Νοσοκομείο Αρεταίειο»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός περιστατικού νευροενδοκρινικού νεοπλασμάτος ήπατος που χαρακτηρίστηκε ως πρωτοπαθές κατόπιν ενδελεχούς ιστολογικού και απεικονιστικού.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Ασθενής 16 ετών υπεβλήθη σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο κοιλίας λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους, διαρροιών και εμέτων, που ανέδειξε μórφωμα στην πύλη του ήπατος. Ακολούθησε απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό που επιβεβαίωσε τη βλάβη στον τετράπλευρο λοβό. Η ασθενής ετέθη σε παρακολούθηση με υπερηχοτομογραφήματα και μαγνητικές τομογραφίες για 2 έτη κατά τα οποία παρατηρήθηκε σταδιακή αύξηση του μεγέθους της βλάβης. Η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση εκτομής της βλάβης, η ιστολογική εξέταση της οποίας ανέδειξε χαρακτηριστικές ηπατοβλαστώματος με νευροενδοκρινική διαφοροποίηση. Οι καρκινικοί δείκτες ηπατικών νεοπλασμάτων και νευροενδοκρινικών όγκων ήταν αρνητικοί και οι περαιτέρω απεικονίσεις με Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων, σπινθηρογράφημα MIBG και σπινθηρογράφημα υποδοχών στοματοστατίνης δεν ανέδειξαν άλλες εστίες. Ακολούθησαν βρογχοσκόπηση και ενδοσκοπικός υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του παγκρέατος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στα πλαίσια διερεύνησης άλλης πρωτοπαθούς εστίας, η ασθενής υπεβλήθη σε ερευνητική λαπαροτομία και σκληροειδεκτομή χωρίς παθολογικά ευρήματα. Δύο έτη μετά την εκτομή της βλάβης του ήπατος, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, ενώ στον τακτικό έλεγχο παρακολούθησης δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα υποτροπής της νόσου.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Παρά την σπανιότητα των πρωτοπαθών νευροενδοκρινικών νεοπλασμάτων του ήπατος, με δεδομένα τα αρνητικά ευρήματα του πλήρους εργαστηριακού ελέγχου, και την αδυναμία ανοσοϊστοχημικού προσδιορισμού άλλης προέλευσης, ετέθη η διάγνωση πρωτοπαθούς νευροενδοκρινικού νεοπλασμάτος ήπατος.

## 46

**ΣΠΑΝΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Λυκούδης Π.<sup>1</sup>, Βεζάκης Αντ.<sup>1</sup>, Δελλαπόρτας Δ.<sup>1</sup>, Πετροπούλου Ε.<sup>1</sup>, Φραγκουλίδης Γ.<sup>1</sup>, Θεοδοσόπουλος Θ.<sup>1</sup>, Κόνδη-Παφίτη Αγ.<sup>2</sup>, Πολυμενάς Γ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Χειρουργική Κλινική, <sup>2</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Νοσοκομείο Αρεταίειο»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιπτώσεων με μεταστατικά νεοπλάσματα σε ασυνήθιστες θέσεις του γαστρεντερικού συστήματος.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Μετά από ανασκόπηση υλικού εικοσαετίας, στην κλινική μας νοσηλεύθηκαν δύο περιστατικά μεταστατικών νεοπλασμάτων στο πάγκρεας, δύο περιστατικά μεταστατικών νεοπλασμάτων στο παχύ έντερο, οκτώ περιστατικά μεταστατικών νεοπλασμάτων στο λεπτό έντερο, ένα περιστατικό μεταστατικού νεοπλασμάτος στο επίπλου και ένα περιστατικό μεταστατικού νεοπλασμάτος στο φύμα του Vater. Τα νεοπλάσματα προέρχονταν ως επί το πλείστον από τις ωθήκες, τη μήτρα, από δερματικά μελανώματα, καθώς και σε μεμονωμένες περιπτώσεις από οστό του κρανίου, κι από νεφρό. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 47 έως 77 έτη με εξαίρεση την περίπτωση ενός ασθενούς 26 ετών με χονδροσάρκωμα κρανίου και μετάσταση στο πάγκρεας.

**Αποτελέσματα:** Σε πέντε περιπτώσεις ήταν γνωστή η πρωτοπαθής εστία από το ατομικό αναμνηστικό των ασθενών, ενώ σε μία περίπτωση η τελική διάγνωση ετέθη συνεκτιμώντας το ιστορικό, την κλινική εικόνα και την ιστολογική εικόνα αφού η τελευταία δεν ήταν διαγνωστική παρά τον ενδελεχή ανοσοϊστοχημικό έλεγχο. Τα νεοπλάσματα του εντέρου ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις συμπτωματικά, με βασική εκδήλωση τον αποφρακτικό ειλεό, ενώ τα νεοπλάσματα του παγκρέατος αποτελούσαν απεικονιστικά ευρήματα με πιθανότερη προεγχειρητική διάγνωση τον καρκίνο του παγκρέατος.

**Συμπεράσματα:** Η εντόπιση δευτεροπαθών νεοπλασμάτων σε όργανα του γαστρεντερικού συστήματος εκτός του ήπατος, όπως ο στόμαχος, το πάγκρεας, το λεπτό και παχύ έντερο είναι αρκετά σπάνια. Εν τούτοις, σε περιπτώσεις που στο ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς δεν υπάρχει άλλη νεοπλασματική νόσος, πρέπει να συναξιολογούνται προσεκτικά τα κλινικά και ιστολογικά στοιχεία για την πιθανότητα αυτή.



## 47

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΡΟΛΟ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΠΟΝΟΥ****Γρηγοριάδου Α.<sup>1</sup>, Φατούρου Ι.<sup>2</sup>, Τριμερίτης Σ.<sup>3</sup>, Κυπριώτου Μ.<sup>4</sup>**<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Α' Χειρουργική Κλινική, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», <sup>2</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Ανασθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», <sup>3</sup>Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Αιμοδοσία, Γ.Ν.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», <sup>4</sup>Πρόισταμένη Χειρουργείου, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»**Εισαγωγή:** Τα ιατρεία πόνου και παρηγορητικής φροντίδας, είναι ειδικά κέντρα που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή πόνου (καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας).**Σκοπός :** Σκοπός της εργασίας είναι η συγκριτική διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με το ρόλο και τη λειτουργία των ιατρείων πόνου.**Υλικό – Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε παράλληλα σε δύο νοσοκομεία του Πειραιά, ένα Ειδικό, το ΕΑΝΠ Μεταξά, και ένα Γενικό, το ΓΝΝΠ Άγιος Παντελεήμων. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από το ΓΝΝΠ και 100 από το ΕΑΝΠ. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από 28 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε τρεις κατηγορίες ερωτήσεων, που αφορούσαν τις γνώσεις των ερωτώμενων γύρω από τα ιατρεία πόνου, την πρακτική αντιμετώπισης του πόνου και τέλος τις αντιλήψεις που υπάρχουν γύρω από την ανακούφισή του. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και αποκλείστηκαν αυτά που δεν ήταν πλήρως απαντημένα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά το έτος 2010 και σε διάστημα έξι μηνών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15,0 χ<sup>2</sup>.**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων η πλειοψηφία των νοσηλευτών που απάντησαν στην ερευνά μας απασχολούνται στο χειρουργικό τομέα (67% στο ΓΝΝΠ και 70% στο ΕΑΝΠ), και ήταν κατηγορίας ΤΕ (61% στο ΓΝΝΠ και 57% στο ΕΑΝΠ). Το ποσοστό των συμμετεχόντων με μεγαλύτερη των 15 ετών εργασιακή εμπειρία, ήταν 67% στο ΓΝΝΠ και 37% στο ΕΑΝΠ Μεταξά. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων γνωρίζει για την ύπαρξη των ιατρείων πόνου (92% στο ΓΝΝΠ και 93% στο ΕΑΝΠ). Στο ΓΝΝΠ η γνώση των νοσηλευτών για το ρόλο των ιατρείων πόνου είναι κατά 37% σχετικά καλή, ενώ στο ΕΑΝΠ Μεταξά το αντίστοιχο ποσοστό είναι 34%.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν έχει παρακολουθήσει σεμινάρια για τον χρόνιο και οξύ πόνο (94% για το ΓΝΝΠ και 78% για το Μεταξά). Ποσοστό 93% στο ΓΝΝΠ και 90% στο Μεταξά, θεωρεί πως ο έλεγχος του πόνου είναι θέμα ειδικών στον πόνο. Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 44% στο ΓΝΝΠ και 56% στο ΕΑΝΠ ενημερώνουν τους ασθενείς με χρόνια πόνο για την ύπαρξη του ιατρείου πόνου στο νοσοκομείο. Το 100% των νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία συμφωνεί ότι επηρεάζει την ψυχολογία των ασθενών η μη αντιμετώπιση του πόνου.

**Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών και στα δύο νοσοκομεία γνωρίζει το ρόλο και τη λειτουργία των ιατρείων πόνου. Ωστόσο χρειάζεται να δοθούν ερεθίσματα στους νοσηλευτές να συμμετάσχουν σε σεμινάρια που αφορούν τον πόνο.

## 48

**ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΦΘΑΛΜΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ****Βουτσινάς Β., Μιχελουδάκης Α., Πορφύρης Ε.***Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

Επεμβάσεις οι οποίες θεωρήθηκαν μέχρι και την τελευταία εικοσαετία εκλογής στην περιοφθάλμια αποκατάσταση σήμερα πλέον θεωρούνται ξεπερασμένες, και αυτό διότι η επιλογή τους είχε στηριχτεί στις βασικές αρχές της σύγκλεισης του οφθαλμού χωρίς να λαμβάνεται υπόψη τόσο το λειτουργικό όσο και το αισθητικό σκέλος της αποκατάστασης.

Για να επιτευχθεί αυτό συνήθως χρησιμοποιούνται επεμβάσεις περισσότερων σταδίων με την χρήση τόσο δερματικών όσο και βλεννογόνων μοσχευμάτων στην καθημερινή πράξη.

Η εξέλιξη της χειρουργικής αποκατάστασης της περιοφθάλμιας περιοχής προϋποθέτει την χρήση κρημών βασισμένων σε επίσημη αγγείωση με τις λιγότερο δυσμενείς λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις.

Στο τμήμα ΠΕΧ του Νοσοκομείου Μεταξά την τελευταία εικοσαετία χρησιμοποιούμε κρημούς στηριζόμενους, κατά το πλείστον, σε νεώτερα δεδομένα της περιοφθάλμιας αποκατάστασης.

Εν περιλήψει τους κάτωθι:

Μυοδερματικούς κρημούς του σφιγκτήρα των βλεφάρων για την αποκατάσταση ελλειμμάτων μερικού πάχους του κάτω βλεφάρου και σε ορισμένες περιπτώσεις τμημάτων του άνω βλεφάρου.

Μυοδερματικούς κρημούς του βλεφαρικού σφιγκτήρα για την αποκατάσταση της υπερόφρουας χώρας της κροταφικής χώρας και του πλαγίου της ρινός.

Μυοδερματικούς κρημούς του σφιγκτήρα των βλεφάρων ολικού πάχους από το άνω βλέφαρο για την αποκατάσταση ελλειμμάτων ολικού πάχους στο κάτω βλέφαρο.

Νησιδιακός κρημός ολικού πάχους από τον ρώθωνα για την αποκατάσταση ελλειμμάτων τόσο του άνω όσο και του κάτω βλεφάρου σε ένα χρόνο.

Νησιδιακός κρημός του βλεφαρικού σφιγκτήρα με αναδίπλωση και χόνδρινο μόσχευμα για την αποκατάσταση ελλειμμάτων ολικού πάχους του κάτω βλεφάρου.

Η εμπειρία αλλά και η κατά το δυνατόν πλήρης γνώση της ανατομικής της περιοφθάλμιας χώρας θέτει τις βάσεις για την εξέλιξη των μεθόδων αποκατάστασης μετά την αφαίρεση καρκινωμάτων της περιοχής με σκοπό το καλύτερο λειτουργικό αλλά και αισθητικό αποτέλεσμα.



## 49

**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΩΝ ΧΕΙΛΕΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΝ****Βουτσινάς Β., Μιχελουδάκης Α., Πορφύρης Ε.***Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

Τεράστια σημασία στην αποκατάσταση των ελλειμμάτων αυτών έχει η κατά το δυνατόν πλήρης επανάκτηση των απολεσθεισών λειτουργιών του στόματος όπως: η σύγκλιση των χειλέων, η μάζηση, η ομιλία αλλά και η συμμετοχή του στόματος ως επιμέρους στοιχείου της γενικότερης εκφραστικής λειτουργίας του προσώπου.

Σφηνοειδείς εκτομές και αφαίρεση του ερυθρού των χειλέων (vermillionectomy) αποτελούν τις απλούστερες επεμβάσεις στην περιοχή. Κρημνοί όπως Abbe, Estlander, Karapandzic για την αποκατάσταση της σφιγκτηριακής λειτουργίας του στόματος.

Απομεμακρυσμένοι μυοδερματικοί κρημνοί για εκτεταμένα ελλείμματα όπως: του μείζονος θωρακικού του τραπεζοειδούς του μυώδους πλατύσματος του στερνοκλειδομαστοειδούς του θωρακοδελτοειδούς κ.λπ. οι οποίοι μπορούν να συνδυαστούν με τμηματική γναθεκτομή αποτελούν επεμβάσεις πρόκληση για τον χειρουργό και θα βασιστούν στη χειρουργική ογκολογική εμπειρία αλλά και σε επιμέρους στοιχεία τα οποία αφορούν: Την ποιότητα της βλάβης, την έκταση της, την ύπαρξη τοπικής ή απομεμακρυσμένης νόσου καθώς και την ηλικία ακόμη και τις δραστηριότητες του ασθενούς.

Εκείνο που προέχει είναι η αποκατάσταση να βασιστεί στα πλέον σύγχρονα δεδομένα έτσι ώστε να επιτευχθεί με τις λιγότερες δυνατόν επιπλοκές το βέλτιστο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

## 50

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ****Μιχελουδάκης Α., Βουτσινάς Β., Ιωάννου Α., Πορφύρης Ε.***Τμήμα Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»*

Η ποικιλία των επεμβάσεων που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την αποκατάσταση μαστού μετά μαστεκτομή επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει επέμβαση εκλογής.

Η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου θα αποφασιστεί σε συνάρτηση με: την αρχική νόσο, την εγχειρητική τομή, την ηλικία, την προηγηθείσα συμπληρωματική θεραπεία, την επιθυμία αλλά και τη συμμετοχή της ασθενούς στην τελική απόφαση. Στην πλαστική χειρουργική του Νοσοκομείου Μεταξά την τελευταία πενταετία είχαμε την ευκαιρία να αντιμετωπίσουμε μεγάλο αριθμό ασθενών που προσήλθε για αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή χρησιμοποιώντας ποικιλία μεθόδων αποκατάστασης.

**Α)** Η ευχερέστερη μέθοδος αποκατάστασης περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση διατατού ιστών σε πρώτο χρόνο τη διάταση μέσω βαλβίδος σταδιακά και την τελική αποκατάσταση με ένθεμα σιλικόνης.

Η μέθοδος παρά την ευκολία της έχει αρκετά προβλήματα όπως:

α) επεμβάσεις σταδίων με αποτέλεσμα τη μακροχρόνια προσέλευση των ασθενών

β) προβλήματα από την βαλβίδα πλήρωσης λόγω εύκολης αλλαγής της θέσης της και συστροφής της, γεγονός το οποίο επιβάλει χειρουργική μετακίνηση της αλλά κι άλλα προβλήματα όπως έντονη διαφάνεια στην περιοχή του ενθέματος και σχηματισμό νεομαστού με ιδιαίτερα λεπτό δέρμα.

**Β)** Η χρήση του πλατέος ραχιαίου υπήρξε μέθοδος εκλογής πριν τη χρησιμοποίηση των διατατών ιστών και θα μπορούσε να αποτελέσει ικανοποιητική λύση αλλά προκαλεί και αριθμό επιπλοκών και προβλημάτων τα οποία αφορούν: α) τη βιωσιμότητα του κρημνού, β) τη μεγάλη εγχειρητική τομή, συνήθως δύσμορφη, στη ράχη την οποία οι περισσότεροι ασθενείς δεν επιθυμούν, γ) τη μεγαλύτερη χρονική διάρκεια της επέμβασης με συνέπεια και τη μεγαλύτερη πιθανότητα επιπλοκών.

**Γ)** (TRAM FLAP). Η χρήση του ορθού κοιλιακού μυός παρόλο που έγινε ενθουσιωδώς αποδεκτή στα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της σήμερα φαίνεται να έχει περιοριστεί σημαντικά λόγω των κάτωθι:

1) Πρόκειται για μεγάλη επέμβαση, 2) γίνεται με προϋπόθεση υπερλίπωσης και χάλασης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος, 3) μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση κοιλών για την πρόληψη των οποίων απαιτείται η τοποθέτηση πλεγμάτων (συνθετικών), 4) η εμφάνιση του μαστού μακράν του φυσιολογικού, οίδηματώδους, σκληρού και ουλώδους.

Πλεονεκτήματα αποτελούν: η στον ίδιο χρόνο κοιλιοπλαστική και η αποφυγή τοποθέτησης σιλικόνης, τα οποία κατά τη γνώμη μας δεν είναι ικανά να υπερτερήσουν έναντι των άλλων μεθόδων αποκατάστασης.

**51****Η ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΟΡΘΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

**Μεγαλοικονόμος Π., Μπουντούρης Ι., Νικολάκης Δ.\*, Παπαθεοδώρου Κ.\*, Περράκης Ν., Νομικός Ι., Ντάτσης Κ.**

*Β' Χειρουργική Κλινική, Γαστρεντερολογική Κλινική ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»*

Η κολonosκόπηση αποτελεί σημαντικότατο μέσο πρόληψης του κολορθικού καρκίνου. Η αποτελεσματικότητα της συχνά ελαττώνεται εκτός των άλλων και από τον ανθρώπινο παράγοντα. Το δεδομένο αυτό επιβάλλει η ποιοτική διασφάλιση να αποτελεί απαραίτητο εργαλείο της διενέργειας κάθε κολonosκόπησης. Ο βαθμός της πιστής τήρησης των μέτρων της ποιοτικής απόδοσης ποικίλει από χώρα σε χώρα και οι ιατροί φαίνονται μερικές φορές απρόθυμοι να υιοθετούν τα συγκεκριμένα μέτρα. Παρουσιάζουμε μία επισκόπηση των κατευθυντηρίων οδηγιών για την ποιοτική διασφάλιση της κολonosκόπησης καθώς επίσης και επιλεγμένες πρωτοβουλίες δράσεων ποιοτικού ελέγχου σε χώρες της Ευρώπης.

## **ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

---

**P01****ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ Ο ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟΣ ΜΑΣΤΟΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝ Ca ΜΑΣΤΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΕΠΙΤΑΧΥΝΟΜΕΝΟ ΥΠΟΚΛΑΣΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΣΧΗΜΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Τόλια Μ.<sup>1</sup>, Τσουκαλάς Ν.<sup>2</sup>, Φωτεινάς Α.<sup>1</sup>, Καλογερίδη Μ.-Α.<sup>3</sup>, Πλατώνη Κ.<sup>1</sup>, Μάργαρη Ν.<sup>4</sup>, Κατιρτζόγλου Ν.<sup>5</sup>, Διαμαντόπουλος Σ.<sup>1</sup>, Παντελάκος Π.<sup>1</sup>, Χαλδαιόπουλος Δ.<sup>1</sup>, Κουλουλιάς Β.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», <sup>2</sup>Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας, 401 Γ.Σ.Ν.Α., <sup>3</sup>Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Π.Γ.Ν.Α. Λάρισα, <sup>4</sup>Τμήμα Κυτταρολογίας, Π.Γ.Ν.Α. «Αττικόν», <sup>5</sup>Ογκολογική Μονάδα, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

**Σκοπός:** Μελέτη της προσλαμβανόμενης δόσης ακτινοβολίας στον φυσιολογικό, ετερόπλευρο μαστό, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία για χειρουργηθέν Ca μαστού.

**Υλικό-Μέθοδος:** Από τον 10/2009 έως 9/2010 σε συνολικά 34 γυναίκες με Ca δεξιού μαστού, που χειρουργήθηκαν με breast conserving surgery και ιστολογικά επιβεβαιωμένο pN0, χρησιμοποιήθηκε επιταχυνόμενο υποκλασματοποιημένο σχήμα και τρισδιάστατη σύμμορφη τεχνική. Χορηγήθηκαν 42.5 Gy (2.66 Gy/συνεδρία). Ο στόχος ήταν να καλυφθεί το planning target volume (PTV) από την 95% ισοδοσική καμπύλη. Ο φυσιολογικός αδένας σχεδιάσθηκε ως όργανο προς αποφυγή (OAR) στην CT σχεδιασμού. Η δόση που έλαβε εκτιμήθηκε από τα ιστογράμματα δόσης όγκου (DVHs). Υπολογίσθηκαν η μέγιστη, μέση και οι ενδιάμεσες δόσεις.

**Αποτελέσματα:** Για μια συνολικά χορηγηθείσα δόση 42.5 Gy σε 16 συνεδρίες, ο ετερόπλευρος μαστός λαμβάνει: (A) Dose maximum: 290-448 cGy βιολογικά ισοδύναμα (Eq) ίσο με 337-522 cGy, p=0.0292 (B) Mean dose: 45-70 cGy (Eq 52.4-81.5 cGy), p=0.0025 (C) Median dose: 29-47 cGy (Eq) 33.7-54.7cGy.

**Συμπεράσματα:** Η ελαχιστοποίηση της δόσης ακτινοβολίας στον ετερόπλευρο μαστό πρέπει να αποτελεί μία από τις προτεραιότητες του ακτινοθεραπευτή ογκολόγου. Ιδιαίτερα στη χορήγηση σύντομων σχημάτων χρειάζονται περαιτέρω παρακολούθηση των απώτερων παρενεργειών, λόγω της εξαιρετικά υψηλής ακτινοευαισθησίας αυτού του οργάνου.

**P02****ΟΓΚΟΣ MERKEL**

**Βάθεια Θ., Σαββανής Γ., Σιάτος Γ., Τρίγκας Β., Τσαγκαράκης Μ., Κουτσούκου Ε., Γούλας Ν., Τσικκίνης Χ., Αμμάρι Σ., Νησιώτης Α.**  
Α' Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι»

**Σκοπός:** Παρουσίαση τριών ασθενών με όγκο Merkel οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας το διάστημα 2004-2008.

**Μέθοδος-Αποτελέσματα:** Πρόκειται για δύο άνδρες και μία γυναίκα 63,73 και 64 ετών αντίστοιχα. Οι δύο ασθενείς αντιμετώπισθηκαν με τοπική εκτομή του όγκου και ακτινοθεραπεία, ενώ ο τρίτος με συμπτωματική αγωγή λόγω εκτεταμένης νόσου κατά την διάγνωση. Η επιβίωση των ασθενών ήταν 15, 17 και 24 μήνες. Σημειώτεον ότι η ασθενής με την μακρύτερη επιβίωση ήταν ελεύθερη νόσου αλλά απεβίωσε λόγω των συνεπειών της ακτινοβολίας. Στην εργασία παρουσιάζονται οι ιδιαιτερότητες αυτού του ασυνήθιστου, επιθετικού, πρωτοπαθούς νευροενδοκρινικού καρκίνου του δέρματος, ο οποίος παρουσιάζεται σε ηλικιωμένα άτομα στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου αλλά και σε μέρη του σώματος που εκτίθενται στον ήλιο.

**Συμπέρασμα:** Ο όγκος Merkel είναι ένας σπάνιος, επιθετικός όγκος του δέρματος με μοιραία κατάληξη. Πολλά από τα μέχρι τώρα αναφερθέντα περιστατικά είχαν αρχικά διαγνωστεί σαν καλοήθεις δερματικές βλάβες και αντιμετωπιστεί με περιορισμένη τοπική εκτομή. Υψηλός βαθμός υποψίας ο οποίος θα οδηγήσει σε μία ευρεία εκτομή κατά την αρχική επέμβαση καθώς και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία, μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση σ' αυτούς τους ασθενείς.

**P03****ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ: ΜΙΚΡΟΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 1 ΚΑΙ 2**

Τσαπραλής Ν., Τσιρώνης Δ., Αντώνοβα Α., Μανίφικος Γ., Κινόγλου Γ., Ζόμπολας Β., Μισιτζής Ι., Παναγόπουλος Ε.

*Αντικαρκινικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας»*

**Σκοπός της εργασίας:** Ο λεμφαδένας φρουρός αποτελεί μία μικροεπεμβατική χειρουργική μέθοδο σταδιοποίησης αρχικών σταδίων καρκίνου του μαστού, βασισμένη στο γεγονός ότι η λεμφαγγειακή παροχέτευση ενός όγκου φθάνει στο φρουρό λεμφαδένα, ο οποίος αποτελεί και τον πρώτο σταθμό διασποράς της νόσου. Σκοπός της παρούσας αναδρομικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της τεχνικής του λεμφαδένα φρουρού μιας σειράς περιστατικών που διενεργήθηκαν στην κλινική μας, λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η διεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση του λεμφαδένα φρουρού αφορούσε 135 περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού σταδίου 1 και 2. Αναλόγως των ευρημάτων της ταχείας και κανονικής βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού ακολούθησε περαιτέρω θεραπευτική χειρουργική και μη αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Λεμφαδενικός μασχαλιαίος καθαρισμός ακολούθησε έπειτα από ταχεία βιοψία θετική για καρκινωματώδη διήθηση και σε διεγχειρητικά ψευδώς αρνητική ταχεία βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Επίσης υπήρξαν περιπτώσεις αδυναμίας ανεύρεσης του λεμφαδένα φρουρού με διεγχειρητική έγχυση μόνο χρωστικής ουσίας, ενώ με συνδυασμό έγχυσης χρωστικής και ραδιενεργής ουσίας η ανίχνευση του λεμφαδένα φρουρού ήταν απόλυτα επιτυχή.

**Συμπεράσματα:** Σε ένα μεγάλο ποσοστό ο λεμφαδένας φρουρός αναδείχθηκε ως ο μόνος διηθημένος λεμφαδένας. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρόλο που διεγχειρητικά είχαμε αρνητική ταχεία βιοψία του λεμφαδένα φρουρού, η τελική ιστολογική εξέταση ανέδειξε παρουσία μικρομεταστάσεων. Επίσης σε μία περίπτωση παρατηρήθηκε ύπαρξη μεταστάσεων στους υπόλοιπους λεμφαδένες της μασχάλης ακόμα κι αν ο λεμφαδένας φρουρός ήταν ελεύθερος μεταστατικής νόσου.

**P04****ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟΝ CA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΜΑΚΡΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ**

Τρίγκας Β., Σιμάτος Γ., Σαββανής Γ., Βάθεια Θ., Κουτσούκου Ε., Τσαγκαράκης Μ., Γούλας Ν., Τσικκίνης Χ., Αμμάρι Σ., Νησιώτης Α.

*Α' Γενικό Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι»*

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο των γυναικών στον Δυτικό κόσμο. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4.500 νέα περιστατικά και πάνω από 35% των ασθενών ο καρκίνος είναι οιστρογόνο-εξαρτώμενος.

**Υλικό και Μέθοδος:** αναδρομική μελέτη πενταετίας (2009-05). Εξετάστηκαν οι ιστολογικές 181 ασθενείς, ηλικίας 31 έως 87 έτη. Ελέγχθηκαν ο ιστολογικός τύπος, η διηθητικότητα, ο βαθμός κακοήθειας. Το μέγεθος και η εξαιρεσιμότητα ή μη επί υγιών ορίων. Ο αριθμός των μασχαλιαίων λεμφαδένων που βρέθηκαν διηθημένοι. Επίσης οι προγνωστικοί δείκτες απόκρισης σε θεραπεία p53, c-erb-B2 και οι υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης.

**Αποτελέσματα:** Το διηθητικό αδενοκαρκίνωμα πορογενούς τύπου ήταν ο πιο συχνός τύπος 121 ασθενείς (70,1%). Διηθητικό λοβιακού τύπου σε 29 (16%), μεικτού τύπου σε 10 ασθενείς (6%). Αμιγώς DCIS, βρέθηκε σε 7 (4,5%) και LCIS 3 ασθενείς (2%). Νόσος Paget του μαστού βρέθηκε σε 3 (2%) ασθενείς καθώς και το βλεννώδες Ca σε 4 ασθενείς. Ένας με κακοήθη φυλλοειδή όγκο, με μυελοειδή Ca, με ενδοκυτταρικό Ca και συμπαγές GIII Ca basal like Ca. Το grade εξετάστηκε και βρέθηκαν, 16 grade I, 5 grade I-II, 62 grade II, 19 grade II-III και 52 με grade III. Στους 159 ασθενείς έγινε λεμφαδενικός καθαρισμός. Διηθημένοι βρέθηκαν σε 70 ασθενείς. Οι υποδοχείς οιστρογόνων (ER) θετικοί σε 127 (70%), καθώς και οι υποδοχείς προγεστερόνης (PR) 111 (62%). Το c-erb-B2 είχε ένδειξη +1 σε 62, +2 σε 46 και +3 σε 42. Το T (μέγεθος του όγκου) ήταν Tχ 3 ασθενείς (1,8%), Tis: 10 (6%), T1b: 18 (10%), T1c: 51 (29%), T2: 80 (45%), T3: 19 (11%). Διηθημένα όρια παρασκευάσματος μακροσκοπικά ή μικροσκοπικά ήταν σε 15.

**Συμπέρασμα:** Ο συχνότερος τύπος, είναι το διηθητικό αδενοκαρκίνωμα πορογενούς τύπου, grade II ή III. Λεμφαδενικές μεταστάσεις βρίσκονται στις μισές περίπου ασθενείς. Αν και οι ασθενείς που είναι HER2+ έχουν χειρότερη πρόγνωση, ωστόσο τα κύτταρα ανταποκρίνονται σε φάρμακα, όπως το μονόκλωνο αντίσωμα, βελτιώνοντας σημαντικά την πρόγνωση.



## P05

### ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Γκίζης Η., Διαμαντοπούλου Α., Σακελλαριάδης Γ., Ανεσίδης Ε., Κρητικός Ν.

Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Μολάων Λακωνίας, Μολάοι Λακωνίας.

**Εισαγωγή:** Οι όγκοι του δέρματος μπορούν να διαχωριστούν σε καλοήθεις, προκακοήθεις, κακοήθεις και όγκους-διαμαρτίες της διάπλασης αγγειακής προελεύσεως.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη των δερματικών όγκων των ασθενών που προσήλθαν στο ΓΝ Μολάων από την ευρύτερη περιοχή της Λακωνίας και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους τοπικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.

**Υλικό:** Εξετάστηκαν 655 άτομα (315 άντρες με μ.ο. ηλικίας 58 έτη, 340 γυναίκες με μ.ο. ηλικίας 56,7 έτη) στην διάρκεια των ετών 2007-2010.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε χειρουργική αφαίρεση των μορφωμάτων τα οποία και εστάλησαν σε εξειδικευμένο κέντρο για βιοψία και ιστολογική εξέταση.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των 698 όγκων το 80,6% ήταν καλοήθεις (κυρίως σημηματοροϊκές υπερκερατώσεις, κερατοακανθώματα, επιδερμικές κύστες, ακτινική υπερκεράτωση, συνδεσμικοί, μικτοί και ενδοχοριακοί σπίλοι, αιμαγγειώματα, θηλώματα, νόσος Bowen, λιπώματα, ινώματα). Το 11,6% (60% των κακοήθων) ήταν βασικοκυτταρικά καρκινώματα (53,1% άντρες, 47,9% γυναίκες) εντοπισμένα κυρίως στο πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής, την περιοχή του τραχήλου και τα ώτα. Το 6,59% (34,07% των κακοήθων) ήταν ακανθοκυτταρικά καρκινώματα (50% άντρες, 50% γυναίκες) της περιοχής του τραχήλου, κεφαλής, άκρων χειρών κυρίως αλλά και στην περιοχή του στέρνου, της κνήμης και του άκρου ποδός. Τα μελανώματα παρουσιάστηκαν σε ποσοστό 0,86% (4,4% των κακοήθων) των πασχόντων (50% άντρες, 50% γυναίκες) στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, την περιοχή της ωμοπλάτης και του πέλματος. Ένας άντρας προσβλήθηκε από σάρκωμα του Καρσί και μια γυναίκα από μετατυπικό καρκίνωμα.

**Συμπέρασμα:** Τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα και τα μελανώματα παρουσιάζουν μια αύξηση ενώ αντιθέτως τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα μια μείωση της συχνότητας τους σε σύγκριση με τα ποσοστά που απαντούνται στη διεθνή βιβλιογραφία. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι η Λακωνία είναι μια περιοχή με εύκρατο κλίμα και ηλιοφάνεια το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και πρόκειται για μια κατ' εξοχήν αγροτική περιοχή όπου η χρήση χημικών ουσιών, όπως εντομοκτόνα και φυτοφάρμακα που περιέχουν αρσενικό και άλλα συστατικά βλαβερά για το δέρμα, είναι συχνή. Τα τελευταία αποτελούν εξωγενείς παράγοντες σημαντικούς για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, τη νόσο του Bowen και το κερατοακάνθωμα.

## P06

### ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΦΛΕΒΟΣ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Γιαννακάκης Σ., Βουλαλάς Γ., Γούλας Σ.Χ., Ψύλλας Α., Πυργάκης Κ., Παπαχαράλαμπος Γ., Μαλτέζος Χ.

Αγγειοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Κ.Α.Τ.

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε μια περίπτωση θρόμβωσης υποκλειδίου και σφαγίτιδος φλέβας που ήταν πρώτη εκδήλωση υποκείμενου καρκίνου του πνεύμονος από τον οποίο έπασχε η ασθενής. Η περίπτωση αυτή επεπλάκη με Πνευμονική εμβολή, πράγμα σπάνιο για τις φλεβικές θρομβώσεις των άνω άκρων.

**Υλικό-Μέθοδος:** Επρόκειτο για μία γυναίκα ασθενή, 51 ετών, μη καπνίστρια, η οποία προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία για επανεκτίμηση παλαιάς κάκωσης ΟΜΣΣ, όπου παρουσίασε λιποθυμικό επεισόδιο, με συνοδό εφίδρωση και κυάνωση άνω άκρου. Στην κλινική εκτίμηση ανεδείχθη ήπιο οίδημα του άκρου με φυσιολογική θερμοκρασία και ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις. Οι δοκιμασίες Allen και Adson ήταν αρνητικές. Υπεβλήθη σε Tixel φλεβών άνω άκρων που ανέδειξε θρόμβωση της αριστεράς υποκλειδίου και σφαγίτιδας φλέβας. Η ασθενής εισήχθη εκτάκτως και ακολούθησε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος. Το αιματολογικό profile της ασθενούς περιελάμβανε αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης C και ινωδογόνου με χαμηλό INR. Οι καρκινικοί δείκτες Ca 125 και Ca 15-3 ήταν αυξημένοι. Αρχίσαμε αμέσως θεραπεία με μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνη σε θεραπευτική δόση και ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με CT εγκεφάλου, θώρακος και άνω-κάτω κοιλίας, όπου ανεδείχθη νεοεξεργασία αριστερού πνεύμονος και διάχυτη λεμφαδενοπάθεια μεσοθωρακίου. Την 5<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας παρουσίασε δύσπνοια, άλγος αριστερού ημιθωρακίου και εφίδρωση, με ΗΚΓ ενδεικτικό ΠΕ. Η Πνευμονική Εμβολή επιβεβαιώθηκε από ελικοειδή CT θώρακος και η ασθενής διεκομίσθη σε Πνευμονολογική Κλινική για περαιτέρω θεραπεία.

**Συζήτηση:** Η φλεβική θρόμβωση εμφανίζεται συχνά στους ογκολογικούς ασθενείς. Παράγοντες όπως η παρατεταμένη ακινησία, οι βαριές επεμβάσεις και θρομβωτικοί παράγοντες, που εκκρίνονται από τους όγκους, ενοχοποιούνται για το φαινόμενο. Αντίστροφα η Φλεβική θρόμβωση μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση άγνωστων έως τότε νεοπλασιών. Στην Κλινική μας πέρα από τη θεραπεία των θρομβώσεων εφαρμόζουμε πρωτόκολλα διερεύνησης για υποκείμενες βασισμένες στην ελικοειδή CT με αξιοσημείωτα ευρήματα.

**Συμπεράσματα:** Κάθε Φλεβοθρόμβωση μπορεί να κρύβει μια υποκείμενη νεοπλασία και οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται παράλληλα με τη χορήγηση θεραπείας. Οι θρομβώσεις στις φλέβες των άνω άκρων, αντίθετα με ορισμένες κοινές αντιλήψεις είναι επικίνδυνες για πνευμονική εμβολή, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει κακοήθεια.

**P07****ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΓΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΟΡΙΑΚΗΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ****Χαντζησαλάτας Σ., Bazika Y.***University «Carol Davilla»*

**Εισαγωγή:** Οι όγκοι των ωοθηκών οριακής κακοήθειας, αποτελούν το 10%-15% του συνόλου, των επιθηλιακών ωοθηκικών καρκινωμάτων.

**Σκοπός:** Της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της κλινικής συμπεριφοράς, η ταξινόμηση, η ανάλυση των προγνωστικών παραγόντων, των ιστολογικών μέτρων, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ωοθηκικών όγκων οριακής κακοήθειας.

**Υλικό - Μέθοδος:** Κατά το χρονικό διάστημα 2007-2010, διαγνώστηκαν και αντιμετωπίστηκαν στην Μ/Γ κλινική του Πανεπιστημίου SUUB «Carol Davila» 13 περιστατικά. Έγινε η εξέταση των κλινικών χαρακτηριστικών, η προεγχειρητική εκτίμηση, ο ιστολογικός τύπος, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, το στάδιο εξέλιξης, η συμπληρωματική θεραπεία, οι υποτροπές και η επιβίωση.

**Αποτελέσματα:** Η ανεύρεση των εξαρτηματικών όγκων, πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο γυναικολογικό έλεγχο, χωρίς κλινική συμπτωματολογία. Η μέση ηλικία των γυναικών, ήταν 44 έτη (18-74). Ο ιστολογικός τύπος ήταν σε 8 περιπτώσεις με ορώδη (και ποσοστό 61,5%) και σε 5 περιπτώσεις (και ποσοστό 38,4%) με βλενώδη όγκο οριακής κακοήθειας. Όλοι οι όγκοι ήταν στο αρχικό στάδιο I χωρίς επέκταση. Η χειρουργική αντιμετώπιση περιελάμβανε 7 κοιλιακές υστερεκτομές (Κ.Ο.Υ.) μετά των εξαρτημάτων, καθώς και 6 σαλπιγγο-ωοθηκεκτομές. Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 36 μήνες (4-89), χωρίς σημεία υποτροπής και με ποσοστό επιβίωσης 100%

**Συμπεράσματα:** Οι εξαρτηματικοί όγκοι ωοθηκών οριακής κακοήθειας, έχουν σημαντικές διαφορές από τους διηθητικούς επιθηλιακούς όγκους. Παρουσιάζονται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με επιθυμία για διατήρηση της γονιμότητας σε αρχικά χειρουργικά στάδια. Το είδος της χειρουργικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τους ανωτέρω παράγοντες και αποτελεί την κύρια θεραπευτική προσέγγιση. Ο τακτικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος για πρόληψη και αντιμετώπιση λόγω αυξημένων πιθανοτήτων για μακροχρόνιες υποτροπές.

**P08****ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ****Χαντζησαλάτας Σ., Bazika Y.***University «Carol Davilla»*

**Σκοπός:** Της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση των διεγχειρητικών και σοβαρού βαθμού μετεγχειρητικών επιπλοκών, ασθενών που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χειρουργική αποκατάσταση στην γυναικολογική ογκολογία.

**Υλικό - Μέθοδος:** Αποτέλεσαν 54 ασθενείς με διάγνωση γυναικολογικού καρκίνου που κατόπιν συναίνεσής των υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χειρουργική σταδιοποίηση ή και θεραπεία στην Μ/Γ κλινική του Πανεπιστημίου SUUB «Carol Davila, την χρονική περίοδο 2007 έως 2010.

**Αποτελέσματα:** Μας έδειξαν ότι ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 60 έτη και η μέση τιμή Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.) 27. Η μέση τιμή του χειρουργικού χρόνου ήταν τα 130 λεπτά (εύρος 20 έως 350). Εξ αυτών 11 ασθενείς χειρουργήθηκαν για Ca ενδομητρίου, 8 ασθενείς για Ca τραχήλου, 1 ασθενής για ωοθηκικό όγκο οριακής κακοήθειας, και 2 ασθενείς για Ca ωοθήκης. Έγιναν επίσης 8 πυελικές λεμφαδεκτομές, 8 ολικές υστερεκτομίες μετά των εξαρτημάτων (A.A.G.L. type IV), 5 ριζικές υστερεκτομίες τύπου II, 4 μεταθέσεις ωοθηκών, 3 επιπλοεκτομές, 1 περιτοναιοεκτομή, και 3 εξαρτηματεκτομές με τυχαίες βιοψίες περιτοναίου.

Όλα τα ανωτέρω χειρουργεία επιχειρήθηκαν και ολοκληρώθηκαν λαπαροσκοπικά χωρίς μετατροπή σε λαπαροτομία. Η μέση τιμή απώλειας αίματος ήταν τα 130 ml και η μεταβολή του Hb ήταν μεταξύ 0,3 gr/dl-3 gr/dl. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3 ημέρες (1-11). 6 ασθενείς παρουσίασαν μετεγχειρητικές επιπλοκές, σε 3 ασθενείς συστήθηκε επικουρική αγωγή για την συμπλήρωση της θεραπείας των. Σε όλες τις περιπτώσεις, η λαπαροσκοπική χειρουργική σταδιοποίηση και θεραπεία ήταν επαρκής, με θετική έκβαση και ιστολογικά παρασκευάσματα αρνητικά για νόσο χείλη εκτομής.

**Συμπεράσματα:** Με τα σημερινά δεδομένα αποδεικνύεται ότι η λαπαροσκοπική χειρουργική στη γυναικολογική ογκολογία και όχι μόνο, αποτελεί μια επαρκή ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή, στην παραδοσιακή χειρουργική αντιμετώπισης των γυναικολογικών όγκων.

**P09****ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Μάτσου Α., Βαλασαμίδης Κ., Ζέρβα Δ., Δουλγεράκης Μ., Χατζημήσιος Κ., Ζανδές Ν., Σαλιάγκας Κ.

Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκινοειδούς σε ασθενείς με οξεία κοιλία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Την πενταετία 2005-2009 αντιμετωπίσαμε στην κλινική μας πέντε ασθενείς. Τρεις (2 γυναίκες, 1 άνδρας) (60%) ηλικίας 28-62 ετών προσήλθαν με εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας και 2 γυναίκες (40%) ηλικίας 38 και 55 με εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου.

**Αποτελέσματα:** Οι 3 ασθενείς με εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας προσήλθαν με άλγος (ΔΕ) λαγονίου βόθρου, ελαφρά λευκοκυττάρωση και δεκαδική πυρετική κίνηση έως 37,8°C. Όλοι υποβλήθηκαν σε ανοιχτή σκωληκοειδεκτομή. Η διάγνωση ετέθη μετεγχειρητικά με την παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος. Στους 2 ο όγκος εντοπιζόταν στην κορυφή της σκωληκοειδούς απόφυσης με διάμετρο <1cm, ενώ στον τρίτο (62 ετών) επεκτεινόταν στο σώμα της σκωληκοειδούς με διάμετρο>2cm. Ο τελευταίος υποβλήθηκε μεταγενέστερα σε συμπληρωματική (ΔΕ) ημικολεκτομή και χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς με εικόνα ειλεού προσήλθαν με διάχυτο κοιλιακό άλγος από διημέρου, επίσχεση αερίων και κοπράνων, μετεωρισμό, εμέτους και ακτινολογική εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου. Η CT κοιλίας ανέδειξε διάταση ελίκων λεπτού εντέρου, πάχυνση του τοιχώματος και ήπια στένωση έλικας λεπτού εντέρου προς τον ειλεό. Ακολούθησε ερευνητική λαπαροτομία και τμηματική εντερεκτομή της έλικας με πάχυνση και στένωση. Η ιστολογική εξέταση κατέδειξε καρκινοειδές λεπτού εντέρου. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν μετεγχειρητικά και μετά από την ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης σε παρακλινικό έλεγχο (CT άνω-κάτω κοιλίας, αιματολογικός-βιοχημικός έλεγχος, α/α θώρακος) και oktreosan.

**Συμπεράσματα:** Το καρκινοειδές είναι το συνηθέστερο νεόπλασμα της σκωληκοειδούς απόφυσης (περίπου 80% όλων των όγκων της). Είναι σπάνιος όγκος, δυνητικά κακοήθης και διαπιστώνεται στο 0,1-0,5% των σκωληκοειδεκτομών μετά από βιοψία. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι η συχνότητα της σκωληκοειδίτιδας μειώνεται σημαντικά μετά το 40ο έτος ηλικίας, ενώ αυξάνεται η συχνότητα των καρκινοειδών. Τα καρκινοειδή ενδέχεται να εμφανιστούν στο λεπτό έντερο δίνοντας συμπτώματα ειλεού. Παρά την μικρή τους συχνότητα (<1%), αποτελούν μια κλινική οντότητα που προβληματίζει καθώς η διάγνωση συνήθως τίθεται μετεγχειρητικά με την ιστολογική εξέταση. Η ηλικία του ασθενούς που προσέρχεται με εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ύπαρξη νεοπλασματος σκωληκοειδούς. Η διαπίστωση αυτή με την άποψη ότι τα νεοπλασματα της σκωληκοειδούς που ανακαλύπτονται τυχαία έχουν καλύτερη πρόγνωση θα πρέπει να οδηγήσει στην αλλαγή υπέρ της εγχειρητικής αντιμετώπισης της οξείας σκωληκοειδίτιδας στους ηλικιωμένους ασθενείς.

**P10****Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Βαλασαμίδης Κ., Δουλγεράκης Μ., Μάτσου Α., Ζέρβα Δ., Χατζημήσιος Κ., Ζανδές Ν., Σαλιάγκας Κ.

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

**Εισαγωγή:** Ο καρκίνος παχέος εντέρου σε παραμελημένες περιπτώσεις ασθενών, συχνά προκαλεί την εικόνα οξείας κοιλίας. Η απόφραξη, η ρήξη και η αιμορραγία αποτελούν τα συχνότερα αίτια της εικόνας αυτής.

**Σκοπός:** Είναι η καταγραφή των διεγχειρητικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί, όπως και η ανάλυση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Κατά το διάστημα 2002-2010 χειρουργήθηκαν στην κλινική μας 185 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου 102 άνδρες/83 γυναίκες ηλικίας 44-94 ετών ( $\chi=69$ ). Από αυτούς 18 ασθενείς (9.8%) 10 άνδρες/8 γυναίκες ηλικίας 52-91 ετών ( $\chi=72$ ) χειρουργήθηκαν επειγόντως με εικόνα οξείας κοιλίας. 9 ασθενείς (4.9%) παρουσίασαν αποφρακτικό ειλεό μη βελτιούμενο με συντηρητική αγωγή, 6 (3.2%) εικόνα ρήξεως και 3 (1.6%) αιμορραγία. Σε AP ημικολεκτομή κατά Hartmann υποβλήθηκαν 9 ασθενείς, σε ΔΕ ημικολεκτομή 4 και σε απλή κολοστομία 5 ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Από τους 18 ασθενείς, οι 3 (17%) απεβίωσαν και οι 6 (33%) παρουσίασαν διάφορες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Όλοι οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν μετεγχειρητικά στη Μ.Α.Φ. του Νοσοκομείου μας.

**Συμπεράσματα:** Στη βαριά εικόνα της οξείας κοιλίας στον καρκίνο του παχέος εντέρου συμμετέχουν η καρκινική καχεξία, η προχωρημένη ηλικία και οι συνοδές παθήσεις των ασθενών αυτών. Η εκτομή του όγκου και η εκτόμωση του εντέρου κατά Hartmann αποτελούν τη θεραπεία εκλογής. Η άμεση αντιμετώπιση, η εμπειρία του χειρουργού και η νοσηλεία σε Μ.Ε.Θ ή Μ.Α.Φ. αποτελούν προϋποθέσεις καλής έκβασης των ασθενών αυτών.

## P11

**ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Βαλσαμίδης Κ., Δουλγεράκης Μ., Ζέρβα Δ., Μάτσου Α., Χατζημήσιος Κ., Ζανδές Ν., Σαλιάγκας Κ.

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

**Σκοπός:** Αναφορά σπάνιας περίπτωσης αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα, όπου το αίτιο ήταν στρωματικός όγκος λεπτού εντέρου.  
**Υλικό- Μέθοδος:** Ασθενής 80 ετών προσεκομίσθη στην κλινική μας με επαναλαμβανόμενα επεισόδια εντερρορραγίας από εβδομάδας. Το ατομικό ιστορικό περιλαμβάνει αδενοκαρκίνωμα προστάτη προ δεκαετίας που αντιμετωπίστηκε με ριζική προστατεκτομή και ορχεκτομή άμφω στις ΗΠΑ. Μία τοπική υποτροπή προ εξαετίας αντιμετωπίστηκε με χημειοθεραπεία. Ο ασθενής είχε Hct εισαγωγής:25%, ενώ κατά την κολοσκόπηση και τη γαστροσκόπηση δεν ανευρέθηκαν παθολογικά ευρήματα. Κατά τη CT κοιλίας ανευρέθη κυστοειδής διόγκωση στην περιοχή του λεπτού εντέρου. Λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων εντερρορραγίας έγινε μετάγγιση συνολικά 8 μονάδων αίματος προεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Λόγω συνεχιζόμενης εντερρορραγίας, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο την 3<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας του. Κατά την ερευνητική λαπαροτομία ανευρέθη όγκος λεπτού εντέρου (στο τμήμα του ειλεού) και ο ασθενής υπεβλήθη σε τμηματική εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση. Η μετεγχειρητική πορεία του ήταν ομαλή και εξήλθε την 9<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος αποκάλυψε την ύπαρξη στρωματικού όγκου λεπτού εντέρου.

**Συμπεράσματα:** Οι στρωματικοί όγκοι του λεπτού εντέρου είναι μια σπάνια αλλά υπαρκτή οντότητα σχετικά δύσκολη στη διάγνωση, αλλά ταυτόχρονα και σπάνια αιτία αιμορραγίας του κατώτερου πεπτικού συστήματος.

## P12

**ΟΓΚΟΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ**

Νομικός Γ., Βασιλάκης Σ., Πάλλης Δ., Βασιλειάδης Β.

Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χίου

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αυξημένη συχνότητα των όγκων της χειρός σε συνδυασμό με τα λειτουργικά ενοχλήματα που προκαλούν, απαιτεί μια ουσιαστική ταξινόμηση των όγκων, που θα βοηθήσει στην σωστή αξιολόγηση και στην έγκαιρη αντιμετώπιση τους ανάλογα της σοβαρότητας τους.

**Βασικές αρχές-Ταξινόμηση:** Οι όγκοι της άκρας χειρός στην πλειονότητα είναι καλοήθεις, υπάρχει όμως και μια μεγάλη ομάδα με στοιχεία κακοήθειας που απαιτούν ιδιαίτερη αντιμετώπιση.

Η αξιολόγηση του όγκου προϋποθέτει συνεργασία μεταξύ του χειρουργού και του παθολογοανατόμου και συνδυασμό με το ιστορικό, τα κλινικά, εργαστηριακά και ακτινολογικά ευρήματα, καθώς αρκετές φορές τα κριτήρια για την κατάταξη ενός όγκου σε καλοήθη ή κακοήθη είναι ασαφή.

**ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΕΙΑΣ**

- 1) Πυογόνα κοκκίωματα
- 2) Βλεννώδεις ή εκφυλιστικές κύστεις
- 3) Γιγαντοκυτταρικοί όγκοι των ελύτρων
- 4) Επιδερμοειδείς κύστεις εξ' εγκλείστων
- 5) Αντιδραστικές βλάβες
- 6) Αντιδραστικά κοκκίωματα από ξένα σώματα
- 7) Φλεγμονές από μύκητες
- 8) σπίλοι

**ΟΓΚΟΙ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ**

- Σαρκώματα 1) Ραβδομυοσάρκωμα  
 2) Τενοντοσυνοβιοσάρκωμα  
 3) Επιθηλιοειδές σάρκωμα  
 Κακοήθη ινώματα  
 Κακοήθεις ινώδες ιστιοκύττωμα  
 Κακοήθεις όγκοι του δέρματος  
 1) Κακοήθεις μελάνωμα  
 2) Καρκίνωμα εκ πλακωδών επιθηλίων  
 3) Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα

**Συμπέρασμα:** Η σωστή αξιολόγηση αναφορικά με τη βιολογική τους συμπεριφορά, η σταδιοποίησή τους, σε συνδυασμό με τη διαφοροδιάγνωση τους από τους κακοήθεις όγκους καθώς και από τις διάφορες προκαρκινωματώδεις καταστάσεις θα βοηθήσει τον χειρουργό να κάνει σωστή εκτίμηση του όγκου έτσι ώστε η αφαίρεση του να επηρεάσει στο ελάχιστο τη λειτουργικότητα του χεριού και την αποφυγή ανεπανόρθωτων σφραγμάτων(ακρωτηριασμός).

## P13

**ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΙΜΟΥΜΕΝΗ ΟΓΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Νομικός Γ., Μαυρογένης Α., Παπαγγελόπουλος Π.***Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, «Αττικόν» Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο*

**Εισαγωγή:** Ασθενείς μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος που παρουσιάζουν κάποια επώδυνη διόγκωση, με περιορισμό της κινητικότητας της άρθρωσης χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή από τον θεράποντα χειρουργό. Μια πλειάδα από παθήσεις μπορεί να υπάρχει, όπως πρωτοπαθείς όγκοι μαλακών ή οστικών δομών, μεταστατικές εξεργασίες, κύστες ή φλεγμονές ιγνυακής χώρας, ανευρύσματα ιγνυακής αρτηρίας. Η διαφοροδιάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει και την πιθανότητα χαλάρωσης των υλικών ή την θραύση αυτών.

**Υλικό-Παρουσίαση περιστατικού:** Ασθενής 81 ετών προσήλθε με μια επώδυνη μεγάλη μάζα στη δεξιά ιγνυακή χώρα του γόνατος. Προ επταετίας ο ασθενής είχε υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική του γόνατος λόγω οστεοαρθρίτιδας. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε μείωση του έσω μεσαρθρίου διαστήματος, η μαγνητική τομογραφία έδειξε μια κυστική διόγκωση στο οπίσθιο-έσω διαμέρισμα του γόνατος, πιθανότατα μια κύστη της ιγνυακής περιοχής ή κάποιο σάρκωμα των μαλακών μορίων. Η απλή παρακέντηση δεν ήταν διαγνωστική. Η διεγχειρητική έρευνα έδειξε μια μαζική επιμετάλλωση των μαλακών μορίων του γόνατος λόγω της καταστροφής του πολυαιθυλενίου και της απομετάλλωσης των υλικών της αρθροπλαστικής.

Μετά από επιμελή καθαρισμό του γόνατος έγινε αναθεώρηση της ολικής αρθροπλαστικής.

## P14

**ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ****Χριστοδουλίδης Γρ.<sup>1</sup>, Σπυριδάκης Μ.<sup>1</sup>, Μανωλάκης Α.<sup>2</sup>, Δήμας Δ.<sup>3</sup>, Πολυχρονοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Διαμαντής Α.<sup>1</sup>, Τεπετές Κ.<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Παν. Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Παν. Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>3</sup>Χειρουργική κλινική, Νοσοκομείο «Ελπίς»*

**Σκοπός:** Το πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης απαντάται σπάνια. Αποτελεί μόλις το 0,5% σε συχνότητα όλων των νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού συστήματος. Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση των προγνωστικών παραγόντων, της χειρουργικής αντιμετώπισης και της συνολικής επιβίωσης των ασθενών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική μελέτη που κάλυψε χρονικό διάστημα 6 ετών. Ασθενείς με διάγνωση καρκινοειδούς της σκωληκοειδούς απόφυσης δεν συμπεριλήφθησαν στην μελέτη. Αξιολογήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η συμπτωματολογία, χειρουργική αντιμετώπιση, ιστοπαθολογικά ευρήματα και η επιβίωση των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Εννέα ασθενείς διαγνώστηκαν με αδενοκαρκίνωμα σκωληκοειδούς. Η διάμεση ηλικία ήταν 61 έτη. Σε κανέναν από τους ασθενείς η διάγνωση δεν τέθηκε προεγχειρητικά, ενώ και οι 9 προσήλθαν με συμπτώματα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Δεξιά κολεκτομή πραγματοποιήθηκε σε 7 ασθενείς, ενώ 2 ασθενείς αρχικά υποβλήθηκαν σε ανοιχτή σκωληκοειδεκτομή και σε δεύτερο χρόνο δεξιά κολεκτομή. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε σε 6 ασθενείς βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα και σε 3 ορθικού τύπου αδενοκαρκίνωμα. Η 5-ετής επιβίωση κυμάνθηκε στο 44,4%.

**Συμπέρασμα:** Το αδενοκαρκίνωμα της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι δύσκολο να διαγνωστεί προεγχειρητικά και συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένη μορφή. Ο βλεννώδης τύπος και η απουσία μεταστάσεων αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες. Η δεξιά κολεκτομή προβάλλει ως η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία.



## P15

**ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΜΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Λασιθιωτάκης Κ., Κουτσομανώλης Δ., Βενιανάκη Μ., Παπαχρήστος Σ., Πετράκης Ι., Ζαχαριουδάκης Γ., Αθανασάκης Η., Φίλης Δ., Ζώρας Ο., Πετράκης Ι., Χαλκιαδάκης Γ.

*Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης*

**Σκοπός της εργασίας:** Σύσχεση των παραμέτρων προεγχειρητικής ενδεδειχμένης γηριατρικής εκτίμησης με μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ασθενείς άνω των 65 ετών που υποβάλλονται σε εγχείρηση παχέος εντέρου λόγω καρκίνου.

**Ασθενείς και Μέθοδος:** Στην προοπτική μελέτη συμπεριλήφθηκαν 49 διαδοχικοί ασθενείς άνω των 65 ετών οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επέμβαση παχέος εντέρου λόγω καρκίνου μεταξύ των ετών 2008-2010. Οι παράμετροι της ενδεδειχμένης γηριατρικής εκτίμησης περιέλαβαν τα προτυποποιημένα ερωτηματολόγια Lawton-Brody IADL, Katz Basic ADL, Charlson, Karnofsky και ECOG. Καταγράφηκαν επίσης λεπτομερή δημογραφικά στοιχεία και περιεγχειρητικά δεδομένα με τη χρήση πρότυπης φόρμας, μετά από ενυπόγραφη συγκατάθεση. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές κτηγοριοποιήθηκαν με βάση τη βαρύτητα τους σε 5 κατηγορίες.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 27 άνδρες και 22 γυναίκες, οι οποίοι υποβλήθηκαν συνολικά σε 41 κολεκτομές και 8 χαμηλές πρόσθιες εκτομές του ορθού. Η μέση διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ήταν 116 λεπτά. Συνολικά καταγράφηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές σε 22 ασθενείς, 3 από τις οποίες ήταν θανατηφόρες. Η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών βρέθηκε ότι σχετίζεται με υψηλό δείκτη ASA (3 και 4), περιορισμό των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής κατά την αξιολόγηση Lawton-Brody και υψηλό δείκτη συνοσηρότητας Charlson.

**Συμπεράσματα:** Προκαταρκτικά δεδομένα από αυτή την προοπτική μελέτη δείχνουν ότι η ενδεδειχμένη γηριατρική εκτίμηση ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις για καρκίνο παχέος εντέρου μπορεί να συμβάλλει στην εκτίμηση του κινδύνου για μετεγχειρητικές επιπλοκές.

## P16

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 55 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΠΟΛΥΟΖΩΔΗ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ. ΑΝΑΛΥΣΗ 1149 ΑΣΘΕΝΩΝ**

Λασιθιωτάκης Κ., Βενιανάκη Μ., Γρισμπολάκη Ε., Χρυσός Ε., Ζαχαριουδάκης Γ., Κουτσομανώλης Δ., Φίλης Δ., Ζώρας Ο., Πετράκης Ι., Χαλκιαδάκης Γ.

*Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης*

**Σκοπός εργασίας:** Ο υπολογισμός της συχνότητας θυρεοειδικού καρκίνου σε ασθενείς άνω των 55 ετών, που υπεβλήθησαν σε ολική θυρεοειδεκτομή για πολυοζώδη βρογχοκήλη (ΠΟΒ) και η σύγκρισή τους με ασθενείς νεότερης ηλικίας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη 1149 ασθενών, 215 αντρών (18.7%) και 934 γυναικών (81.3%) με μέσο όρο ηλικίας 49.2+/-14.9 έτη, που υπεβλήθησαν σε εκτομή ΠΟΒ μεταξύ των ετών 1990-2008. Η αναζήτηση των στοιχείων έγινε από την προοπτική ηλεκτρονική βάση δεδομένων του τμήματος Γενικής Χειρουργικής του νοσοκομείου μας. Στα πλαίσια της μελέτης όλοι οι ασθενείς με θυρεοειδικό καρκίνωμα υπεβλήθησαν σε τηλεφωνική συνέντευξη για την συμπλήρωση πρότυπου ερωτηματολογίου.

**Αποτελέσματα:** Το ποσοστό των αντρών ήταν μεγαλύτερο στην ηλικιακή ομάδα άνω των 55 ετών (22% vs. 17%, p=0.037). Η συχνότητα ανεύρεσης θυρεοειδικού καρκίνου δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ηλικιών άνω και κάτω των 55 ετών (22% vs. 21.8%, p=0.9). Η διάμετρος του θυρεοειδικού καρκινώματος ήταν σημαντικά μικρότερη σε ασθενείς άνω των 55 ετών (median: 0.4cm vs. 0.6cm, p=0.032) και η συχνότητα ανεύρεσης θηλώδους μικροκαρκινώματος ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς (78.4% vs. 64.5%, p=0.04). Εντούτοις, η μάζα του θυρεοειδικού παρασκευάσματος βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας (45.3gr vs. 34.2gr, p=0.0001). Παραθυρεοειδείς αδένες βρέθηκαν στο παρασκευάσμα, με παρόμοια συχνότητα στις δύο ηλικιακές ομάδες (14.1% vs. 11.8%, p=0.273).

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα ανεύρεσης θυρεοειδικού καρκίνου μετά από ολική θυρεοειδεκτομή για ΠΟΒ, δε διαφέρει σημαντικά σε ομάδες ασθενών άνω και κάτω των 55 ετών. Παρόλο που οι ηλικιωμένοι ασθενείς χειρουργούνται με μεγαλύτερη βρογχοκήλη, η διάμετρος του καρκινώματος είναι στατιστικά σημαντικά μικρότερη σε σύγκριση με την ομάδα ασθενών μικρότερης ηλικίας. Τα παραπάνω δεδομένα συνηγορούν υπέρ του συχνού ελέγχου ασθενών με ΠΟΒ προχωρημένης ηλικίας και του κοινού τρόπου χειρουργικής αντιμετώπισης αυτής της νόσου και στις δύο ηλικιακές ομάδες.

**P17****ΕΥΜΕΓΕΘΗΣ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ ΑΥΞΗΣΗ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ IMATINIB.**

Λασιθιωτάκης Κ., Βενιανάκη Μ., Κουτσομανώλης Δ., Παπαχρήστος Σ., Σφακιάνακης Κ., Ζαχαριουδακης Γ., Φίλης Δ., Ζώρας Ο., Χαλκιαδάκης Γ.

*Πανεπιστημιακή Κλινική Γενικής Χειρουργικής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης*

**Σκοπός:** Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού ευμεγέθους στρωματικό όγκο στομάχου (GIST), ο οποίος παρουσίασε αύξηση μεγέθους και σημαντικές ανοσοϊστοχημικές μεταβολές μετά από θεραπεία με imatinib mesylate.

**Υλικό/Μέθοδος:** Ασθενής 42 ετών διεγνώσθη με στρωματικό όγκο (GIST) στομάχου μετά από γαστροσκόπηση λόγω επιγαστραλγίας, αιματέμησης και σιδηροπενικής αναιμίας. Η Υπολογιστική Τομογραφία ανέδειξε χωροκατακτητική εξεργασία μεγίστης διαμέτρου 15.5cm. Ο ιστολογικός έλεγχος στο παρασκευάσμα βιοψίας στομάχου ανέδειξε αυξημένο δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού (Ki-67 >40%), ενώ στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο τα νεοπλασματικά κύτταρα αντέδρασαν έντονα θετικά στα αντισώματα Actin, AE1/AE3, ασθενώς θετικά στο C-Kit και το CD34 και αρνητικά στα LCA και Vimentin. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το μέγεθος του όγκου είναι στοιχεία που κατατάσσουν το νεόπλασμα στους κακοήθεις στρωματικούς όγκους με υψηλό κινδύνου βιολογική συμπεριφορά. Η ασθενής έλαβε θεραπεία με imatinib mesylate 400 mg/day και σε νέα απεικόνιση κοιλίας μετά από 2 μήνες η διάμετρος του όγκου εκτιμήθηκε στα 20.5cm, οπότε και παραπέμφθηκε στο τμήμα μας για περαιτέρω αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική γαστρεκτομή και οισοφαγονηστική αναστόμωση κατά Roux en Y. Ο ιστολογικός έλεγχος στο χειρουργικό παρασκευάσμα επιβεβαίωσε την προεγχειρητική διάγνωση. Ο όγκος στο παρασκευάσμα του αφαιρεθέντος στομάχου αποτελείται μικροσκοπικά από διαπλεκόμενες δεσμίδες ατρακτόμορφων ή/και επιθηλιόμορφων κυττάρων, τα οποία εμφανίζουν ικανό πολυμορφισμό. Το νεόπλασμα παρουσιάζει περιοχές κυτταροβρίθειας, νέκρωσης, εκφυλιστικές αλλοιώσεις και ικανό αριθμό μίτώσεων (2-4 ανά Ο.Π.), ενώ ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος ανέδειξε για τα νεοπλασματικά κύτταρα: SMA(+), desmin(-), vimentin(-), CD34(-), S-100(-), c-kit(-), cytokeratin(-), EMA(-) και HMB45(-). Παρά το ότι το νεόπλασμα βρέθηκε αρνητικό στα c-kit και CD34 δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα στρωματικού όγκου με ασφάλεια, γιατί οι στρωματικοί όγκοι δυνατό να είναι αρνητικοί σε c-kit και CD34 μετά από θεραπεία με imatinib mesylate. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή και εξήλθε τη 13<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα σε καλή γενική κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Η διάγνωση στρωματικού όγκου του γαστρεντερικού συστήματος (GIST) βασίζεται ευρέως στα παρατηρούμενα μορφολογικά χαρακτηριστικά του ιστολογικού παρασκευάσματος και στην εφαρμοζόμενη ανοσοϊστοχημεία. Οι περισσότεροι ασθενείς με προχωρημένα GIST επιδεικνύουν σημαντική κλινική ανταπόκριση μετά από θεραπεία με imatinib mesylate. Εντούτοις, σε αυτούς τους όγκους μπορεί να εμφανιστούν ανοσοϊστοχημικές μεταβολές (μετατροπή των c-kit, CD34 από θετικά σε αρνητικά προ και μετά τη χορήγηση imatinib αντίστοιχα), οι οποίες καθιστούν δυσχερή τη διαφορική τους διάγνωση από άλλα κακοήθη μεσεγγυματικά νεοπλάσματα.

**P18****ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΕΙΛΕΟΥΤΥΦΛΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ ΤΥΦΛΟΥ. ΕΙΛΕΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Παπαδημητρόπουλος Κ., Κωστούλας Ν., Μακρίδης Γ., Τζιαμαλής Κ., Μπουντογιάννης Π., Γκατζόλης Β., Μπαντιάς Χ., Μπιρμπίλης Α.  
Α' Χειρουργική Κλινική, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περιστατικού αποφρακτικού ειλεού λεπτού εντέρου σαν αποτέλεσμα απόφραξης της ειλεοτυφλικής βαλβίδας από καρκινοειδές τυφλού το οποίο αντιμετωπίστηκε χειρουργικά εν θερμό.

Ασθενής θήλυ ηλικίας 76 ετών προσήλθε επειγόντως στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας αιτιώμενη κοιλιακό άλγος από 24ώρου συνοδευόμενο από εμέτους. Η κλινική εξέταση της ασθενούς απέδειξε την ύπαρξη διάτασης της κοιλίας με έντονο μετεωρισμό, ευαισθησία και σημεία περιτοναϊσμού καθολικά σε όλη την κοιλία συνοδευόμενα από εμέτους δύσοσμου εντερικού υγρού. Ο εργαστηριακός έλεγχος απέδειξε λευκοκυττάρωση και στοιχεία ήπιας νεφρικής ανεπάρκειας μάλλον προνεφρικής αιτιολογίας λόγω και της σοβαρής ολιγουρίας της ασθενούς. Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος κοιλίας όπως και η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσαν την ύπαρξη αποφρακτικού ειλεού λεπτού εντέρου με καθολική διάταση όλου του πεπτικού σωλήνα κεντρικά του παχέος εντέρου όπως και ποσότητα ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε επείγουσα ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκε διάταση όλου του λεπτού εντέρου με οίδημα και πάχυνση του τοιχώματος χωρίς διάταση του παχέος εντέρου. Ως αιτία αναγνωρίστηκε ψηλαφητικά, μάζα στην περιοχή της ειλεοτυφλικής βαλβίδας η οποία και απέφρασε αυτή. Διενεργήθηκε δεξιά κολεκτομή με ειλεοεγκαρσία πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή και ανεπύπλεκτη. Η ιστολογική εξέταση απέδειξε την ύπαρξη καρκινοειδούς του τυφλού μεγέθους μεγέθους 3,8 εκ. σε απόσταση 0,5 εκ. από την ειλεοτυφλική βαλβίδα το οποίο απέφρασε αυτήν. Ο έλεγχος της ασθενούς μετεγχειρητικά με μέτρηση 5-ΙΗΑΑ, χρωμογρανίνης και την διενέργεια Octreoscan αλλά και η παρακολούθηση αυτών όπως και ο απεικονιστικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η ασθενής σήμερα πέντε χρόνια από την χειρουργική αντιμετώπιση παραμένει υγιής και ελεύθερη νόσου.

Το καρκινοειδές του παχέος εντέρου αποτελεί μόνο το 8% των νευροενδοκρινικών όγκων του πεπτικού σωλήνα και απαντάται σε ποσοστό 50% στο δεξιό κόλον. Αποτελεί χαμηλής διαφοροποίησης συνήθως νευροενδοκρινικό νεόπλασμα και γενικώς την στιγμή της διάγνωσης έχει ήδη δώσει μεταστάσεις. Η ριζική χειρουργική εκτομή αποτελεί την θεραπεία εκλογής συνοδευόμενη από συμπληρωματική θεραπεία στις περιπτώσεις συνδρόμου. Η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 40%.

## P19

### ΘΞΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑ ΑΠΟ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΝΟΣΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΓΛΟΙΟΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δουλγεράκης Μ., Ζέρβα Δ., Βαλσαμίδης Κ., Μάτσου Α., Χατζημίσιος Κ., Ζάνδης Ν., Σαλιάγκας Κ.

Γ.Ν.Ν. Κοζάνης

**Εισαγωγή:** Η ουδτεροπενική κολίτιδα αποτελεί μία επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς κατάσταση που συνήθως παρουσιάζεται μετά από χημειοθεραπεία (κυρίως για λευχαιμία ή λέμφωμα). Τον τελευταίο καιρό αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που αναπτύσσουν αυτό το σύνδρομο μετά από χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση συμπαγών όγκων.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην διάγνωση και αντιμετώπιση του παραπάνω συνδρόμου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ασθενής θήλυ 66 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ, αιτώμενη κοιλιακό άλγος από 24ώρου περίπου με επιδείνωση τις τελευταίες ώρες. Η ασθενής ήταν απύρετη, ΑΠ:110/65 mm Hg και σφύξεις 100/min. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διάχυτο κοιλιακό άλγος, ήπιος μετωρισμός της κοιλίας και ήπια σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων κυρίως στη ΔΕ πλάγια κοιλιακή χώρα, κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση της κοιλίας. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοπενία με ουδτεροπενία. Από την α/α κοιλίας και θώρακος διαπιστώθηκε ανύψωση του δεξιού ημιδιαφράγματος, αεροκολία κυρίως δεξιά, ενώ από το U/S κοιλίας διάταση του δεξιού κόλου. Η CT κοιλίας κατέδειξε διάταση του ΔΕ κόλου με ήπια πάχυνση του τοιχώματος αυτού και ρύπανση του περικοιλιακού λίπους. Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει υποτροπή χειρουργηθέντος γλοιοβλαστώματος υπό χημειοθεραπεία. Η ασθενής εισήχθη αρχικά στην παθολογική κλινική και λίγες ώρες αργότερα οδηγήθηκε στο χειρουργείο, με εικόνα οξείας κοιλίας, για ερευνητική λαπαροτομία. Διαπιστώθηκε ευρεία φλεγμονώδης εξεργασία ανιόντος και εγκάρσιου κόλου. Έγινε ευρεία ημικολεκτομή ΔΕ και το χειρουργικό παρασκεύασμα εστάλη για ιστολογικό έλεγχο, τα ευρήματα της οποίας κατέδειξαν αργότερα ισχαιμική νόσο παχέος εντέρου με ανάπτυξη φλεγμονώδους ιστού στον υποβλεννογόνο χιτώνα, με επέκταση στον μυϊκό και τον ορογόνο. Η ασθενής οδηγήθηκε μετά το χειρουργείο στη Μ.Α.Φ. του Νοσοκομείου μας και εξήλθε τη 15<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα με μικρή διαπίσηση του χειρουργικού τραύματος.

**Συμπέρασμα:** Αν και η ουδτεροπενική ισχαιμική κολίτιδα είναι μια σοβαρή, δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της χημειοθεραπείας, η σωστή και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτής μπορεί να αποβεί σωτήρια για τον ασθενή.

## P20

### ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΣΠΑΝΙΟΥ ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΟΥ ΚΥΣΤΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Καΐρη-Βασιλάτου Ε.<sup>1</sup>, Βούζα Ε.<sup>1</sup>, Τσαντόπουλος Μ.<sup>1</sup>, Μαυριγιαννάκη Π.<sup>1</sup>, Αρκαδόπουλος Ν.<sup>2</sup>, Κόνδη-Παφίτη Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο», <sup>2</sup>Β. Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης ηπατοχολικού κυσταδενοκαρκινώματος.

**Υλικό-Μέθοδος:** Γυναίκα 72 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο με έντονη κοιλιακή δυσφορία, διάταση και πόνο στο δεξιό υπογάστριο. Κατά την κλινική εξέταση το ήπαρ ψηλαφήθηκε διογκωμένο. Οι απεικονιστικές εξετάσεις έδειξαν μεγάλο πολύχρωμο κυστικό μόρφωμα πληρούμενο από υγρό, το οποίο απέφρασε την κάτω κοίλη φλέβα. Η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία ανευρέθη περίγραπτο ευμέγεθες μόρφωμα μδ.16εκ. κατά την κάτω επιφάνεια του ήπατος.

**Αποτελέσματα:** Μακροσκοπικά η αλλοίωση αφορούσε σε λοβωτό μόρφωμα περιβαλλόμενο από ινώδη κάψα πάχους 0,2-0,8εκ.. Κατά τις παράλληλες διατομές τούτο ήταν πολύχρωμο, αποτελούμενο από ανισομεγέθεις κύστες πληρούμενες από βλεννώδες-βλεννοαιματηρό περιεχόμενο. Ιστολογικώς οι κύστες επενδύονταν στη μεγαλύτερη έκταση από πολύστοιχο βλεννοπαραγωγό επιθήλιο με συμμετοχή καλυκοειδών κυττάρων. Το επιθήλιο σε πολλές θέσεις εμφάνιζε σύνθετη θηλώδη αρχιτεκτονική, με μέτρια έως έντονη εστιακά πυρηνική ατυπία και μικρό αριθμό μιτώσεων. Παρατηρήθηκαν επίσης μικροσκοπικές εστίες διηθήσεως του στρώματος, το οποίο παρομοίαζε κατά θέσεις με στρώμα ωθητικής καθώς και της ινώδους κάψας του όγκου. Στην περιφέρεια της τελευταίας αναγνωρίστηκε στενή ζώνη ηπατικού παρεγχύματος. Ανοσοϊστοχημικά τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφάνισαν θετικότητα έναντι των CEA, KerAE1/AE2, τα δε στρωματικά κατέδειξαν θετικότητα έναντι των Vimentin, SMA, ER, Inhibin. Σύμφωνα με τους μορφολογικούς και ανοσοϊστοχημικούς χαρακτήρες και το ιστορικό της ασθενούς (αρνητικό για νεοπλασματική εξεργασία ωθηκών ή παγκρέατος) η περιγραφήα πολύχρωμη κυστική αλλοίωση αφορούσε σε ηπατοχολικό κυσταδενοκαρκίνωμα μδ.16εκ.

**Συμπέρασμα:** Το ηπατοχολικό κυσταδενοκαρκίνωμα είναι ένα σπάνιο επιθηλιακό κακόηθες νεόπλασμα (αντιπροσωπεύει το 0,4% των ηπατικών κακοηθειών). Συνήθως αναπτύσσεται επί εδάφους προϋπάρχοντος κυσταδενώματος, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί εξ' αρχής από τα ενδοηπατικά χοληφόρα αγγεία. Προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά τις γυναίκες και έχει καλή πρόγνωση. Είναι κυρίως μονήρης όγκος, σε μεγάλο μέγεθος κατά την στιγμή της διάγνωσης. Ιστολογικώς αποτελείται από βλεννώδες επιθήλιο με πυρηνική ατυπία, μιτώσεις και διήθηση του στρώματος, συχνά ωθητικού τύπου (μόνο σε γυναίκες). Η διαφορική διάγνωση του ηπατοχολικού κυσταδενοκαρκινώματος περιλαμβάνει μεταστατικούς βλεννώδεις όγκους, την απλή κύστη ήπατος, την χιινόκοκκο κύστη, καθώς και το ηπατικό απόστημα. Θεραπεία εκλογής του ηπατοχολικού κυσταδενοκαρκινώματος είναι η πλήρης αφαίρεση του.

## P21

**ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΜΥΟΪΝΟ-ΒΛΑΣΤΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**Καϊρή-Βασιλάτου Ε.<sup>1</sup>, Μαυριγιαννάκη Π.<sup>1</sup>, Τσαντόπουλος Μ.<sup>1</sup>, Δασταμάνη Χ.<sup>1</sup>, Βούζα Ε.<sup>1</sup>, Αρκαδόπουλος Ν.<sup>2</sup>, Κόνδη-Παφίτη Α.<sup>1</sup><sup>1</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο», <sup>2</sup>Β. Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο

**Σκοπός:** Το μυοϊνοβλάστωμα του μαστού αποτελεί ένα σπάνιο νεόπλασμα της οικογένειας των καλοήθων ατρακτοκυτταρικών στρωματικών όγκων. Σκοπός είναι η παρουσίαση τριών τέτοιων περιστατικών και η παράθεση των κλινικοπαθολογοανατομικών και ανοσοϊστοχημικών χαρακτηριστικών του.

**Υλικό-Μέθοδος:** Έγινε ανασκόπηση του αρχείου του Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου του Αρεταίειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αθηνών μεταξύ 1995-2010. Ανευρέθησαν τρεις περιπτώσεις μυοϊνοβλαστώματος μαστού, δύο μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών (ηλικίας 53 και 75 ετών) και ενός ανδρός ηλικίας 55 ετών. Οι ασθενείς παρουσιάστηκαν με ευκίνητο, ανώδυνο, ψηλαφητό μόρφωμα με 1,6, 7 εκ και 3 εκ. χωρίς διογκωμένους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο άνδρας δεν έπασχε από γυναικομαστία. Η υπερηχοτομογραφική εκτίμηση της βλάβης και η FNA βιοψία ανέδειξαν τον καλοήθη χαρακτήρα της αλλοίωσης. Ακολούθησε χειρουργική αφαίρεση και ιστολογική εξέταση.

**Αποτελέσματα:** Μακροσκοπικά οι όγκοι ήταν περιγράψιμοι, υποστρώγγυλοι, λευκόφαιοι, ελεύθεροι αιμορραγίας-νέκρωσης, χωρίς κάψα.

Μικροσκοπικά αποτελούντο από δεσμίδες ατρακτοειδών κυττάρων εντός ινοκολλαγινώδους στρώματος. Εστιακά συνυπήρχαν επιθηλιοειδή κύτταρα και σε μία περίπτωση διάσπαρτα λιποκύτταρα. Οι μιτώσεις ήταν σπάνιες. Σε μία περίπτωση σημειώθηκε μικρή πυρηνική ατυπία. Ανοσοϊστοχημικά τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν θετικά για Vimentin, CD34 και ER (στις δύο γυναίκες), αρνητικά για S-100 και κυτταροκερατίνες, ενώ η έκφραση των desmin, αSMA, calponin ποίκιλλε. Το ki-67 ήταν < 10%. Οι μορφολογικοί και ανοσοϊστοχημικοί χαρακτήρες συνηγόρησαν υπέρ μυοϊνοβλαστώματος μαστού.

**Συμπεράσματα:** Το μυοϊνοβλάστωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα το οποίο δεν ξεπερνά τα 4 εκ και απαντάται συχνότερα σε άνδρες ηλικίας μεταξύ 40-87 ετών. Φαίνεται να σχετίζεται με τη γυναικομαστία και τις φυλετικές στεροειδείς ορμόνες, ωστόσο η αιτιοπαθογένεια δεν είναι εξακριβωμένη. Ιστολογικώς παρατηρούνται ατρακτοειδή κύτταρα διατασσόμενα συνηθέστερα σε μικρές, τυχαίως διαπλεκόμενες δεσμίδες εντός ινοκολλαγινώδους στρώματος. Η εικόνα ποικίλλει, εξαρτώμενη από την αναλογία του κυτταρικού πληθυσμού και του ινώδους στρώματος. Είναι δυνατό να συνυπάρχουν μυοϊνοβλάστες, ινοβλάστες, λιποκύτταρα, λεία μυϊκά κύτταρα, χονδροκύτταρα, οστεοβλάστες, γεγονός που ενισχύει τη θεωρία προέλευσης από ένα αρχέγονο πολυδύναμο κύτταρο. Χαρακτηριστική είναι η απουσία πόρων/λοβίων καθώς και το ελάχιστο αγγειακό στοιχείο. Σημαντικά στοιχεία για τη διάγνωση είναι η παρουσία ινοκολλαγινώδους ιστού και η μικρή μιτωτική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την απουσία μυοεπιθηλιακού στοιχείου, νέκρωσης και άτυπων μιτώσεων. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την ινομάτωση, το λειομύωμα, το ατρακτοκυτταρικό λίπωμα, το σάρκωμα, το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα, το ατρακτοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι ανοσοϊστοχημικές χρώσεις επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Vimentin, CD34 είναι θετικές, η έκφραση των desmin, calponin, αSMA, ποικίλλει, ενώ κυτταροκερατίνες και S-100 είναι αρνητικές.

## P22

**ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΚΥΣΤΗΣ ΚΟΚΚΥΓΑ.**Χριστοδουλίδης Γρ.<sup>1</sup>, Δήμας Δ.<sup>2</sup>, Κωνσταντινίδη Ε.<sup>2</sup>, Διαμαντής Α.<sup>1</sup>, Πολυχρονοπούλου Ε.<sup>1</sup>, Τεπετές Κ.<sup>1</sup><sup>1</sup> Παν. Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο «Ελπίς»

**Σκοπός:** Καρκίνωμα επί εδάφους κύστης κόκκυγα παρατηρείται πολύ σπάνια. Η συχνότητα εμφάνισης ανέρχεται στο 0,1%. Σκοπός της μελέτης είναι να αναφέρουμε την εμπειρία μας και να αξιολογήσουμε την χειρουργική τεχνική αντιμετώπισης και την επακόλουθη πρόγνωση.

**Υλικό - Μέθοδος:** Τέσσερις ασθενείς διαγνώστηκαν με καρκίνωμα επί εδάφους κύστης κόκκυγα. Αξιολογήθηκαν στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία, την ιστοπαθολογία, την χειρουργική αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 54 έτη. Όλοι είχαν ιστορικό μακροχρόνιων επεισοδίων φλεγμονών της κύστης κόκκυγα. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ευρεία εκτομή της βλάβης. Σε 1 ασθενή έγινε προσωρινή στομία. Σε 2 ασθενείς παρατηρήθηκαν ψηλαφητοί βουβωνικοί λεμφαδένες, η βιοψία όμως ήταν αρνητική για κακοήθεια. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου. Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία πραγματοποιήθηκε σε 2 ασθενείς ενώ οι υπόλοιποι έλαβαν μόνο ακτινοθεραπεία. Υποτροπή της νόσου παρουσίασαν 2 ασθενείς. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης υποτροπής ήταν 11 μήνες. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 38 μήνες. Σε αυτό το διάστημα κατέληξε ένας ασθενής.

**Συμπέρασμα:** Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της σχετικά ασχημής πρόγνωσης. Η χειρουργική θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την τοποπεριοχική εξάπλωση της νόσου. Το υψηλό ποσοστό υποτροπής μετά από χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να μειωθεί με την προσθήκη της ακτινοθεραπείας.

**P23****ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΛΟΓΩ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΠΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΡΙΝΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Μπασιούκας Π., Μαρίνης Α., Μαρκάκης Χ., Ζερβογιαννάκου Χ.-Π., Κασάπη Α., Ρίζος Σ.***Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Τζάνειο»*

**Σκοπός:** Το μελάνωμα είναι ένας κακοήθης όγκος των μελανοκυττάρων και παρά το γεγονός ότι αποτελεί το 5% των όγκων του δέρματος ευθύνεται για το 75% των θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Στην αναφορά αυτή παρουσιάζεται η περίπτωση ενός μελανώματος της ρινός με εκτεταμένη μεταστατική νόσο.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Άνδρας 73 ετών προσήλθε στη κλινική μας για εμμένουσα εντερορραγία και ήπιο μετεωρισμό κοιλίας. Από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς σημειώνεται η αφαίρεση μελανώματος ρινός προ 4 ετών και η σιγμοειδεκτομή για αδενοκαρκίνωμα σιγμοειδούς προ 3,5 ετών. Από την κλινική εξέταση αναγνωρίστηκαν οζίδια στην πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, η βιοψία ενός εκ των οποίων ανέδειξε μετάσταση από μελάνωμα. Από τον απεικονιστικό έλεγχο με CT ανευρέθησαν δευτεροπαθείς εντοπίσεις αμφοτερόπλευρα στους πνεύμονες και μια εστία στο δεξιό λοβό του ήπατος. Στην κολονοσκόπηση αναγνωρίστηκε αιμορραγούσα εξεργασία στα 20εκ. από τον πρωκτικό δακτύλιο. Στο χειρουργείο αναγνωρίστηκαν πολλαπλές μάζες στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, μια λίαν ευμεγέθης στη ρίζα του μεσεντερίου της νήστιδας, μια άλλη εξίσου μεγάλη που διηθούσε το κατιόν κόλον, καθώς και άλλες μικρότερες στον δεξιό ηπατονεφρικό χώρο και σε άλλες θέσεις του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Διενεργήθηκε πλαγιο-πλάγια νησιδο-νησιδική αναστόμωση (ως παράκαμψη του όγκου που διηθούσε τη νηστιδα) και μια Ισορ εγκαρσιοστομία. Λόγω της ιδιαίτερα επιβαρυσμένης κατάστασης ο ασθενής κατέληξε μερικές ημέρες αργότερα.

**Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με ιστορικό μελανώματος και ανεύρεση κλινικά ή και απεικονιστικά εξεργασιών στη κοιλιά, δεν είναι ασύνηθες αυτά να αποτελούν εκδήλωση εκτεταμένης μεταστατικής νόσου. Η βιολογική συμπεριφορά αυτών των όγκων αναδεικνύει πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη αντιμετώπιση και η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών με μελάνωμα.

**P24****ΠΟΛΛΑΠΛΟΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ, ΜΑΣΤΟΥ ΚΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Μαρκάκης Χ., Μαρίνης Α., Κалаϊτζής Ι., Μπαρμπαγιάννης Δ., Μαρίνου Τ., Ρίζος Σ.***Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Τζάνειο»*

**Σκοπός:** Ο πολλαπλός πρωτογενής καρκίνος ορίζεται από την παρουσία δύο ή περισσότερων νεοπλασιών, οι οποίες δεν συσχετίζονται και ανευρίσκονται σύγχρονα ή μετάχρονα στον ίδιο ασθενή. Η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών τεχνικών και η βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο έχει οδηγήσει σε σταδιακή αύξηση των σχετικών αναφορών.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας ασθενούς 66 ετών, η οποία χειρουργήθηκε στην κλινική μας για αδενοκαρκίνωμα ορθού και συνυπάρχον ευμέγεθες αδένωμα τυφλού. Η ασθενής είχε ιστορικό αδενοκαρκινώματος ενδομητρίου, το οποίο είχε αντιμετωπιστεί με ολική υστερεκτομή και ακτινοθεραπεία προ 3ετίας. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο ανευρέθη ένα ύποπτο κλινικά ψηλαφητό μόρφωμα στην ουρά του αριστερού μαστού, με εισολκή του δέρματος, χωρίς σαφή ευρήματα από τη μαστογραφία και MRI μαστογραφία. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού και δεξιά κολεκτομή. Έγινε βιοψία του μορφώματος μαστού, η οποία ανέδειξε αδενοκαρκίνωμα μαστού. Διενεργήθηκε συμπληρωματικά τεταρτεκτομή του μαστού με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο επιβεβαιώθηκε η διακριτή φύση των νεοπλασμάτων.

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση, σε αυξημένη συχνότητα, μετάχρονων πρωτογενών καρκίνων μετά από υστερεκτομή για αδενοκαρκίνωμα μήτρας είναι τεκμηριωμένη, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση ακτινοθεραπείας. Η σύγχρονη εμφάνιση αδενοκαρκινώματος σε δύο απομακρυσμένα όργανα στο περιστατικό που παρουσιάζουμε υπογραμμίζει την ανάγκη στενής παρακολούθησης της ομάδας αυτής των ασθενών, η οποία πρέπει να συμπεριλαμβάνει τον έλεγχο ανάπτυξης καρκίνου και σε εξωκοιλιακά όργανα.



## P25

**ΜΕΤΑΧΡΟΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ**

**Διαμαντόπουλος Π.<sup>1</sup>, Σοφούδης Χ.<sup>1</sup>, Τζάιδα Ο.<sup>2</sup>, Τσινταβής Α.<sup>3</sup>, Χριστόπουλος Π.<sup>3</sup>, Μπούτσικου Μ.<sup>4</sup>, Μεγαλοικονόμος Π.<sup>1</sup>, Μυλωνάκης Ν.<sup>5</sup>, Καλογεράκος Κ.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Μονάδα Μαστού, <sup>2</sup>Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, <sup>3</sup>Ουρολογική Κλινική, <sup>4</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, <sup>5</sup>Β' Παθολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού γυναίκας ασθενούς η οποία εμφάνισε μετάχρονη ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκινώματος μαστού μετά από καρκίνωμα ουροδόχου κύστης.

**Υλικό – Μέθοδος:** Γυναίκα 71 ετών ανήκουσα στη φυλή των ROMA προσήλθε για διερεύνηση αιματοουρίας στην ουρολογική κλινική του ΕΑΝΠ «Μεταξά». Ο u/s έλεγχος νεφρών – ουροδόχου κύστης ανέδειξε συμπαγή υπόηχο ιστό διαστάσεων 40\*40\*20 mm στο (αρ) οπισθοπλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Στη διουρηθρική βιοψία του όγκου αναδείχθηκε διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα grade III, παθολογοανατομικού σταδίου ΡΤ3α. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με ΧΜΘ και ΑΚΘ και κατά την επακόλουθη τριετή παρακολούθηση ήταν ελεύθερη νόσου. Στη συνέχεια η ασθενής παρουσίασε εισολκή της θηλής του (δε) μαστού για την οποία εισήλθε στα Ε.Ι της Μονάδας Μαστού του ΕΑΝΠ Μεταξά σε σχετικά καλή γενική κατάσταση. Η μαστογραφία ανέδειξε οπισθοθήλεια σκίαση (δε). Η κυτταρολογική διερεύνηση με FNA ήταν θετική. Στη συνέχεια η ασθενής υποβλήθηκε σε ταχεία βιοψία βιοψία φρουρού λεμφαδένα, η οποία απέβη θετική και επακολούθησε ολική μαστεκτομή (δε) και σύστοιχος λεμφαδενικός καθαρισμός.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση έδειξε όγκο 2 cm που αντιστοιχούσε σε πορογενές διηθητικό Ca μαστού αποκρινούς τύπου grade III. Από τους συναφαιρεθέντες λεμφαδένες ο φρουρός και ένας ακόμη ήταν θετικοί. Η σήμανση του φρουρού είχε γίνει διττά δηλαδή με τη χρήση ραδιοισότοπου και κυανής χρωστικής. Είχαμε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς και c-erb-B2 (+), p53 (+). Στην ασθενή συστήθηκε επικουρική ΧΜΘ και RT.

**Συμπέρασμα:** Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως αποτελεί το συχνότερο νεόπλασμα του ουροποιογεννητικού συστήματος στις γυναίκες. Μετάχρονη εμφάνιση άλλου τύπου καρκινώματος είναι συχνή στο ουροποιογεννητικό σύστημα, στο λεμφοαίμοποιητικό ιστό, την αναπνευστική και γαστρεντερική οδό. Ο μαστός και το δέρμα αποτελούν αρκετά σπάνιες τέτοιες δεύτερες πρωτοπαθείς εντοπίσεις. Η χειρουργική αφαίρεση, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία αποτελούν τις συνήθεις θεραπευτικές επιλογές που εφαρμόζονται μόνες ή σε συνδυασμό τόσο στον πρωτοπαθή όσο και τον μετάχρονο όγκο.

## P26

**ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

**Μαργαρίτης Ε., Κιτρομυλίδη Ε., Νομικός Γ., Κωνσταντόπουλος Γ.**

Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. Χίου & 5η Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν. ΚΑΤ

**Κακοήθη νεοπλασμάτα των οστών**

- A. Πρωτοπαθή**
- χονδροσάρκωμα
  - οστεοσάρκωμα
  - ινωσάρκωμα
  - πολλαπλούν μυέλωμα
  - σάρκωμα EWING

- B. Δευτεροπαθή**
- μεταστατικά νεοπλασμάτα.



Το **χονδροσάρκωμα** είναι πρωτοπαθής όγκος προερχόμενος από τον ώριμο χονδρικό ιστό. Διακρίνεται σε κεντρικό (προσβάλλει τα μακρά αυλοειδή οστά) και σε περιφερικό (τα πλατέα οστά). Εμφανίζεται κυρίως στο μηριαίο, την κνήμη και το βραχιόνιο.

Το **οστεοσάρκωμα** είναι το συχνότερο και προέρχεται από το μεσεγγυματογενές οστό. Προσβάλλει κυρίως τα αυλοειδή οστά και κυρίως το κάτω άκρο του μηριαίου, την κνήμη, το βραχιόνιο.

Το **ινωσάρκωμα** αποτελεί πρωτοπαθή κακοήθη ινοβλαστικό όγκο, ο οποίος ξεκινάει από το εσωτερικό του οστού και επεκτείνεται στα μαλακά μόρια. Διακρίνεται σε διαφοροποιημένο και αδιαφοροποιητό. Προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα και εντοπίζεται στα μακρά αυλοειδή οστά (κάτω άκρο μηριαίου, άνω άκρο κνήμης).

Το **πολλαπλούν μυέλωμα** είναι κακοήθης νεοπλασία των πλασματοκυττάρων και προσβάλλει κυρίως τους αρρένες μεταξύ 40 και 60 ετών. Μέσος όρος επιβίωσης περίπου τα δύο έτη.

Το **σάρκωμα Ewing** αποτελεί πρωτοπαθή όγκο των οστών και προέρχεται από μεσεγγυματικό συνδετικό ιστό του μυελού των οστών. Προσβάλλει κυρίως νεαρούς άνδρες και εμφανίζεται κυρίως στην περόνη, την κλείδα και τις πλευρές.

Ο **μεταστατικός καρκίνος** είναι ο πιο συχνός δευτεροπαθής όγκος και προσβάλλει ασθενείς διαφόρων ηλικιών. Πιο συχνά μεταστάσεις στα οστά δίνουν ο καρκίνος του μαστού, των πνευμόνων, του προστάτη και η διασπορά γίνεται κυρίως αιματογενώς.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Αναίμια, αύξηση της ΤΚΕ και των λευκωμάτων, αύξηση του φωσφόρου και του ασβεστίου του αίματος

**ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Ακτινολογικός έλεγχος, μαγνητική τομογραφία, σπινθηρογράφημα οστών.



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Åkerström G. ....	16
Balch Ch. ....	17, 24
Bazika Y. ....	43, 61
De Bree E. ....	38, 4

### A

Αγαλιανός Χ. ....	44
Αγρογιάννη Ξ. ....	45
Αθανασάκης Η. ....	32, 44, 65
Αθανασίου Π. ....	45
Αθανασόπουλος Π. ....	30
Αλέξης Α. ....	48, 49
Αμμάρι Σ. ....	58, 59
Αναστασίου Ι. ....	12
Αναστασόπουλος Σ. ....	49
Ανδρέου Α. ....	33, 34, 42
Ανδρουτσόπουλος Γ. ....	41
Ανεσίδης Ε. ....	60
Ανθόπουλος Γ. ....	42
Αντωνίου Π. ....	40
Αντώνοβα Α. ....	59
Αποστόλου Γ. ....	41
Αραπαντώνη-Δαδιώτη Π. ....	48
Αργυράκος Θ. ....	46
Αρκαδόπουλος Ν. ....	67, 68
Αρνογιαννάκη Ν. ....	50
Ασκοξυλάκης Ι. ....	38
Αχιλλέως Ο. ....	48

### B

Βάθεια Θ. ....	58, 59
Βαλσαμίδης Κ. ....	62, 63, 67
Βαξεβανίδου Α. ....	37
Βαράτσος Α. ....	45
Βασιλάκης Σ. ....	63
Βασιλάκου Ε. ....	51
Βασιλειάδης Β. ....	63
Βεζάκης Αντ. ....	7, 52
Βέλιοβιτς Ν. ....	34
Βενιανάκη Μ. ....	32, 44, 65, 66
Βερβερίδης Μ. ....	48
Βίνη Λ. ....	43, 44
Βίτσα Γ. ....	25
Βλάχος Ν. ....	11
Βούζα Ε. ....	67, 68
Βουλαλάς Γ. ....	46, 53, 54, 60
Βώρος Δ. ....	20, 30, 35, 52

### Γ

Γαλάνης Β. ....	34
Γεννατάς Κ. ....	47, 49
Γεραζούνης Μ. ....	30
Γιάλλουρου Αν. ....	35, 52
Γιαννακάκης Σ. ....	60
Γιαννακοπούλου-Stank Γ. ....	48
Γιοβανάκης Κ. ....	46
Γκατζιόλης Β. ....	66

Γκίζης Η. ....	60
Γκουροβανίδου Δ. ....	42
Γόγα Ε. ....	36
Γοντικάκης Ε. ....	51
Γούβας Ν. ....	43, 44
Γούλας Ν. ....	58, 59
Γούλας Σ.Χ. ....	60
Γραμματικοπούλου Ι. ....	41
Γρηγοριάδης Χ. ....	41, 50, 51
Γρηγοριάδου Α. ....	53
Γρισμπολάκη Ε. ....	65

### Δ

Δασκαλάκης Μ. ....	38
Δασταμάνη Χ. ....	68
Δαφνιός Ν. ....	35
Δεκατητής Μ. ....	36
Δελλαπόρτας Δ. ....	30, 35, 49, 52
Δεμερτζής Ν. ....	22
Δερβένης Χ. ....	43, 44
Δερδελής Γ. ....	50, 51
Δήμας Δ. ....	64, 68
Δημητριάδης Ε. ....	38
Δημητρουλόπουλος Δ. ....	19
Διαμαντής Α. ....	64, 68
Διαμαντίδου Ε. ....	43, 44
Διαμαντόπουλος Π. ....	70
Διαμαντόπουλος Σ. ....	58
Διαμαντοπούλου Α. ....	60
Διονύσης Θ. ....	48
Δοϊτσίδης Χ. ....	38
Δουλεγκράκης Μ. ....	62, 63, 67

### Ε

Εμμανουηλίδης Χ. ....	21
Ευαγγέλου Χ. ....	47
Ευσταθίου Η. ....	33, 36
Ευφραιμίδου Ε. ....	38, 39

### Z

Ζανδές Ν. ....	62, 63, 67
Ζαχαριουδακης Γ. ....	32, 36, 65, 66
Ζέρβα Δ. ....	62, 63, 67
Ζερβάκης Χ. ....	32
Ζερβογιαννάκου Χ.-Π. ....	69
Ζηλάκου Ε. ....	50
Ζόμπολας Β. ....	59
Ζούρος Ε. ....	43
Ζυγούρης Δ. ....	41, 50, 51
Ζώρας Ο. ....	31, 36, 44, 65, 66

### Θ

Θεοδοσόπουλος Θ. ....	9, 35, 49, 52
-----------------------	---------------

### I

Ιωάννου Α. ....	46, 54
Ιωάννου Χ. ....	36

### K

Καϊρή-Βασιλάτου Ε. ....	30, 35, 67, 68
Κακανά Χ. ....	43
Καλαϊτζής Ι. ....	69
Καλογεράκος Κ. ....	70
Καλογερίδη Μ.-Α. ....	58
Καπουλέας Γ. ....	48
Καραμβέρη Χ. ....	33, 34, 42
Καρκαβίτσας Ν. ....	40
Καρυδάκης Π. ....	32
Κασάπη Α. ....	69
Κατριτζόγλου Ν. ....	58
Κατοδρίτης Ν. ....	36
Κελγιώρη Δ. ....	44
Κεντεποζίδης Ν. ....	42
Κινόγλου Γ. ....	59
Κιτρομυλίδη Ε. ....	70
Κοκολάκης Α. ....	35, 39
Κόνδη-Παφίτη Α. ....	47, 49, 52, 67, 68
Κονδύλης Δ. ....	33
Κόντης Ε. ....	48, 49
Κορακιανίτης Ο. ....	33, 34, 42
Κορκολής Δ. ....	51
Κουγιουμτζή Ι. ....	33, 42
Κουκλάκης Γ. ....	38
Κουκουράκη Σ. ....	40
Κουλουρίας Β. ....	58
Κουρκουτσάκης Ν. ....	21
Κουτσομανώλης Δ. ....	32, 44, 65, 66
Κουτσούκου Ε. ....	58, 59
Κρασαγάκης Κ. ....	35, 39, 40
Κρητικός Ν. ....	60
Κυζιρίδης Δ. ....	34, 42
Κυπριώτου Μ. ....	53
Κυριαζή Α.Μ. ....	49
Κυριαζή Μ. ....	48
Κυριακίδης Α. ....	32
Κυριάκου Ε. ....	42
Κωνσταντινίδη Ε. ....	68
Κωνσταντινίδου Μ.Κ. ....	30
Κωνσταντόπουλος Γ. ....	70
Κωστούλας Ν. ....	31, 34, 42, 66

### Λ

Λαμπροπούλου Μ. ....	41
Λασιθιωτάκης Κ. ....	32, 35, 36, 39, 44, 65, 66
Λεβέντης Α. ....	33
Λιντζέρης Ι. ....	45, 46
Λιονής Χ. ....	14
Λυκούδης Π. ....	52
Λυρατζόπουλος Ν. ....	38, 39

### M

Μακρίδης Γ. ....	31, 34, 42, 66
Μαλτέζος Χ. ....	60
Μανίκης Π. ....	33
Μανιός Α. ....	40

Μανίφικος Γ. ....	59	<b>Π</b>		Σταθάκη Μ. ....	40
Μανωλάκης Α. ....	64	Πάλλης Δ. ....	63	Σταθόπουλος Ε. ....	40
†Μανωλάς Κ. ....	39	Παναγόπουλος Ε. ....	59	Σταματίου Κ. ....	25
Μάργαρη Ν. ....	58	Παντελάκος Π. ....	58	Σφακιανάκης Κ. ....	44, 66
Μαργαρίτης Ε. ....	70	Παπαγγελόπουλος Π. ....	64		
Μαρίνης Α. ....	69	Παπαγεωργίου Μ. ....	39	<b>Τ</b>	
Μαρίνου Τ. ....	69	Παπαδάκης Γ. ....	6, 31	Τέντες Α.Α. ....	14, 33, 34, 42
Μαρκάκης Χ. ....	69	Παπαδημητρόπουλος Κ. ....	31, 34, 42, 66	Τεπετές Κ. ....	64, 68
Μαρτζούκου Ι. ....	51	Παπαδοπούλου Μ. ....	47	Τερζάκης Εμμ. ....	41, 50, 51
Μαστοράκος Γ. ....	30	Παπαθεοδώρου Κ. ....	55	Τζάιδα Ο. ....	49, 70
Ματθαιοπούλου Θ. ....	40	Παπακωνσταντίνου Ι. ....	9	Τζατζαδάκης Ν. ....	30
Μάτσου Α. ....	62, 63, 67	Παπαμιχαήλ Ε. ....	25	Τζιαμαλής Κ. ....	31, 34, 66
Μαυραντώνης Κ. ....	19	Παπατσώρης Α. ....	16	Τόλια Μ. ....	58
Μαυριγιαννάκη Π. ....	67, 68	Παπαχαραλάμπους Γ. ....	60	Τόσκα Α. ....	35, 39, 40
Μαυρογένης Α. ....	64	Παπαχρήστος Σ. ....	44, 51, 65	Τρίγκας Β. ....	58, 59
Μαυρουδής Δ. ....	38	Παππάς Ε. ....	51	Τριμερίτης Σ. ....	53
Μαυρουδής Χ. ....	33, 34, 42	Πασαλίδης Α. ....	48	Τσαγκαράκης Μ. ....	58, 59
Μεγαλοοικονόμος Π. ....	55, 70	Πάσιου Α. ....	26	Τσαλικίδης Χρ. ....	41
Μέκρας Π. ....	32	Πατούρας Κ. ....	16	Τσαντόπουλος Μ. ....	67, 68
Μελισσάς Ι. ....	38, 40	Παυλίδου Ε. ....	38, 39	Τσαπάρας Π. ....	40
Μεμέτ Ι. ....	41	Περισυνάκης Κ. ....	36	Τσαπραλής Ν. ....	59
Μητράκας Α. ....	39	Περράκης Ν. ....	48, 49, 55	Τσαρούχα Α. ....	41
Μήττα Π. ....	25	Πετράκης Ι. ....	65	Τσιγκίνης Χ. ....	58, 59
Μισιτζής Ι. ....	59	Πετροπούλου Ε. ....	52	Τσιμογιάννης Κ.Ε. ....	47, 50
Μιχαλάκη Β. ....	47	Πέτρου Κ. ....	32	Τσιμογιάννης Ε.Κ. ....	47, 50
Μιχελουδάκης Α. ....	46, 53, 54	Πλατανιώτης Γ. ....	51	Τσινταβής Α. ....	70
Μόσα Ε. ....	51	Πλατώνη Κ. ....	58	Τσιούλιας Γ. ....	40
Μπαντιάς Χ. ....	31, 34, 42, 66	Πολυμενέας Γ. ....	49, 52	Τσιρώνης Δ. ....	47, 59
Μπαρμπαγιάννης Δ. ....	69	Πολυχρονοπούλου Ε. ....	64, 68	Τσουκαλάς Ν. ....	58
Μπασσιούκας Π. ....	69	Πορφύρης Ε. ....	46, 53, 54	Τσούτσος Δ. ....	36
Μπαφαλούκος Δ. ....	36	Πρίγκουρης Π. ....	46		
Μπενετάτος Ν. ....	50	Πυργάκης Κ. ....	60	<b>Φ</b>	
Μπερούκας Κ. ....	51			Φαρφαρέλος Χ. ....	33
Μπίκος Σ. ....	50	<b>Ρ</b>		Φατούρου Ι. ....	53
Μπίκου Κ. ....	51	Ρασιάς Α. ....	51	Φίλης Δ. ....	32, 36, 65, 66
Μπιρμπίλης Α. ....	31, 34, 42, 66	Ρίζος Σ. ....	69	Φραγκιά-Τσίβου Κ. ....	22, 36
Μπόσκος Χρ. ....	51	Ριτβάν Α. ....	42	Φραγκόπουλος Κ. ....	33
Μπουνογιάννης Π. ....	66	Ροντογιάννη Δ. ....	46	Φραγκουλίδης Γ. ....	13, 52
Μπουντούρης Ι. ....	55	Ρούκος Δ. ....	12	Φωτεινέας Α. ....	58
Μπούτσικου Μ. ....	70	Ρουμελιώτης Αθ. ....	32		
Μυλωνάκης Ν. ....	70	Ρουστάνης Ε. ....	50	<b>Χ</b>	
Μυστακίδης Α. ....	32	Ρωμανίδης Κ. ....	38, 41	Χαλδαιόπουλος Δ. ....	58
				Χαλκιά Ε. ....	36, 37
<b>Ν</b>		<b>Σ</b>		Χαλκιάδακης Γ. ....	32, 44, 65, 66
Νασιούλας Γ. ....	23	Σαββανής Γ. ....	58, 59	Χαντζησαλάτας Σ. ....	43, 61
Νησιώτης Α. ....	58, 59	Σακελλαριάδης Γ. ....	60	Χαραλαμπίδης Β. ....	40
Νικολαΐδη Α. ....	15	Σαλάτας Κ. ....	42	Χατζάκη Αικ. ....	41
Νικολάκης Δ. ....	55	Σαλιάγκας Κ. ....	62, 63, 67	Χατζηγεωργίου Γ. ....	37
Νομικός Γ. ....	20, 63, 64, 70	Σβορώνος Γ. ....	32	Χατζημήσιος Κ. ....	62, 63, 67
Νομικός Ι. ....	48, 49, 55	Σεφεριάδης Α. ....	32	Χουρμούζη Δ. ....	43
Ντάτσης Κ. ....	37, 55	Σιαφάκα Ι. ....	6	Χριστοδουλίδης Γρ. ....	64, 68
		Σιββάς Θ. ....	42	Χριστόπουλος Π. ....	70
<b>Ξ</b>		Σιλυβρίδου Α. ....	43, 44	Χριστοφορίδης Χρ. ....	30
Ξυνόπουλος Δ. ....	18	Σιμάτος Γ. ....	58, 59	Χρυσός Ε. ....	32, 65
Ξυνός Ε. ....	43, 44	Σιμόπουλος Κ. ....	41		
		Σμυρνιώτης Β. ....	7	<b>Ψ</b>	
<b>Ο</b>		Σοφούδης Χ. ....	50, 70	Ψύλλας Α. ....	60
Οικονόμου Γ. ....	36	Σπηλιώτης Ι. ....	33, 36, 37	Ψυχογιού Β. ....	35, 49, 52
		Σπυριδάκης Μ. ....	64		