
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Ιδιοκτήτης: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
Α. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα
Τηλ: 210 64 09 393-4 Fax: 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

**Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργικής Ογκολογίας**

Πρόεδρος: Εμμ. Παναγόπουλος
Αντιπρόεδρος: Οδ. Ζώρας
Γραμματέας: Ιωαν. Καραϊτιάνας
Ταμία: Δημ. Μητσάκα
Μέλη: Διον. Βώρος
Κων. Ρωμανίδης
Ιωαν. Σπηλιώτης

Συντακτική Επιτροπή

Δ/ντής Σύνταξης: Εμμ. Παναγόπουλος
Αν. Δ/ντές Σύνταξης: Δ. Τσιφτσής, Γ. Οικονόμου

Μέλη

Ν. Χατζηγεωργίου
Δ. Πανουσόπουλος
Β. Παραράς
Κ. Μπάνης
Π. Γιαννόπουλος
Π. Βασιλόπουλος
Χ. Πατέρας
Γ. Φραγκάκης
Σ. Βουτζούλιας
Α. Τέντες
Ε. Τζωρακολευθεράκης
Α. Φωτόπουλος
Γ. Καρατζάς
Σ. Δρακόπουλος
Κ. Καραλιώτας
Ν. Περάκης
Ε. Αθανασίου
Δ. Γκίκας
Σ. Οικονόμου
Ο. Ζώρας
Γ. Κόκκαλης
Κ. Ρωμανίδης
Δ. Ξινόπουλος
Δ. Κορκολής
Β. Τρομπέτας

Συμβουλευτική Επιτροπή

Ι. Γαράς
Ν. Δοντάς
Γ. Μπλάντζας
Σ. Μαντωνάκης
Κ. Σιμόπουλος
Ε. Παπαεναγγέλου
Εμμ. Τιερός
Ευαγγ. Χατζηγιαννάκης
Θ. Πολυμερόπουλος
Ν. Κορδιολής
Κ. Μανωλάς
Αγγ. Καπάς
Ν. Αγνάντη
Ι. Παπαδημητρίου
Κων. Τεπετές
Δημ. Μητσάκα
Κων. Παπαπολυχροσιάδης

HELLENIC SURGICAL ONCOLOGY

OFFICIAL PUBLICATION OF THE HELLENIC SOCIETY OF
SURGICAL ONCOLOGY
171 Alexandras Av., Athens 115 22
Tel.: +30 210 64 09 393-4 Fax: +30 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

**Officers of Hellenic Society
of Surgical Oncology**

President: Emm. Panagopoulos
Vice - President: Od. Zoras
Secretary: J. Karaitianos
Treasurer: D. Mitsaka
Members: D. Voros
K. Romanidis
J. Spiliotis

Editorial Board

Editor in Chief: Emm. Panagopoulos
Associated Editors: D. Tsiftsis, G. Economou

Members

N. Xatzigerorgiou
D. Panousopoulos
B. Pararas
K. Banis
P. Giannopoulos
P. Vassilopoulos
X. Pateras
G. Fragakis
S. Boutzoulis
A. Tentes
E. Tzorakoletherakis
A. Fotopoulos
G. Karatzas
S. Drakopoulos
K. Karaliotas
N. Perakis
E. Athanasiou
D. Gikas
S. Economou
O. Zoras
G. Kokkalis
K. Romanidis
D. Xinopoulos
D. Korkolis
V. Trompetas

Advisory Committee

I. Garas
N. Dontas
G. Blantzas
S. Mantonakis
K. Simopoulos
E. Papaevangelou
Em. Tieris
E. Xatzigianakis
Th. Polimeropoulos
N. Kordiolis
K. Manolas
A. Kapas
N. Agnadis
I. Papadimitriou
Con. Tepetes
Dim. Mitsaka
Contst. Papapolychroniadis

3^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



26 - 29 Απριλίου 2007

Ξενοδοχείο Intercontinental, ΑΘΗΝΑ

Διοργανώτριες Εταιρείες

- Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού
- Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος
- Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

Συνδιοργανώτριες Εταιρείες

- Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος
- Ελληνική Εταιρεία Βιοχημείας & Μοριακής Βιολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής
- Ελληνική Κυτταρολογική Εταιρεία
- Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Πυρηνικής Ιατρικής & Βιολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας
- Εταιρεία Ιατρικών Μοριακών Βιολόγων Ελλάδος
- Πανελλήνια Εταιρεία Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Συμμετέχουσες Εταιρείες

- Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία
- Ελληνική Εταιρεία Ανακουφιστικής Παρηγορητικής Αγωγής & Φροντίδας
- Ελληνική Εταιρεία Γηριατρικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Ερεύνης του Καρκίνου
- Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Γναθοπροσωπικού Καρκίνου
- Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών & μη Ασθενών
- Ελληνική Εταιρεία Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή

Invited Societies

- European Society of Mastology - EUSOMA
- European Society for Medical Oncology - ESMO
- European Society for Therapeutic Radiology & Oncology - ESTRO
- International Society of Geriatric Oncology - SIOG

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΤΟ ΝΕΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΟΥ ΠΡΟΗΛΘΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΚΛΟΓΕΣ ΤΙΣ 23ης ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2006,
ΣΥΓΚΡΟΤΗΘΗΚΕ ΣΕ ΣΩΜΑ ΩΣ ΑΚΟΛΟΥΘΩΣ:

Πρόεδρος: ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ

Αντιπρόεδρος: ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΖΩΡΑΣ

Γεν. Γραμματέας: ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ

Ταμίας: ΔΗΜΗΤΡΑ ΜΗΤΣΑΚΑ

Μέλη: ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΒΩΡΟΣ

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΡΩΜΑΝΙΔΗΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ** 103
Α. ΓΕΩΡΓΑΛΗΣ, Α. ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΣ, Α. ΠΑΠΠΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

- ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ;** 107
ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ ΝΙΚ., ΝΙΚΟΛΟΥΖΟΣ ΣΤΕΦ. & ΣΥΝ.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

- ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ MERKEL: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ** 113
ΚΤΕΝΙΑΔΑΚΗΣ ΣΤ., ΚΟΥΜΕΝΤΑΚΗΣ ΕΥΘ. ΚΑΙ ΣΥΝ.

- ΚΑΛΟΗΘΕΣ SCHWANNOMA (ΝΕΥΡΙΛΕΙΜΜΩΜΑ) ΣΤΟΜΑΧΟΥ** 117
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Ζ. ΤΖΗΜΟΡΩΤΑ, ΤΑΓΑΡΑΚΗΣ Γ. & ΣΥΝ.

- ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΙΝΩΔΕΣ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΩΜΑ:**
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ 120
ΛΙΑΠΑΚΗΣ Ε., ΚΟΚΚΑΛΗΣ Γ. & ΣΥΝ.

- ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΩΝ**
ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΟ ΕΞΩΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΩΝ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΩΝ 127
ΚΑΛΚΟΥΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ, ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝ.

ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**
ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 131
ΦΘΕΝΑΚΗΣ Α., ΡΟΒΙΘΗΣ ΕΜΜ. & ΣΥΝ.

- ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 138
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ ΕΜΜ.

Αλληλογραφία:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
Λ. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα
Τηλ: 210 64 09 393-4 Fax: 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

Τυπογραφικές Εργασίες Ρουμेलιώτη

Εμμ. Μπενάκη 55, Εξάρχεια
Τηλ.-Fax: 210 38 35 085

CONTENTS

REVIEWS

- DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER** **103**
GEORGALIS A., REBELAKOS A., PAPPAS A.

CLINICAL STUDIES

- WHAT HAPPENS IN RESPIRATORY FUNCTION AFTER LUNG RESECTION
IN PATIENTS WITH BRONHOGENIC CARCINOMA ?** **107**
BALTAYIANNIS NIK., NIKOLOUZOS ST. ET ALS

CASE REPORTS

- MERKEL CARCINOMA : A RARE CLINICAL ENTITY** **113**
KTENIADAKIS S, KOUMENTAKIS E, PSARAKIS M. ET ALS
- BENIGN GASTRIC SCHWANNOMA (NEURILEMMOMA) PRESENTATION OF A CASE** **117**
TZIMOROTA Z., TAGARAKIS G. ET ALS
- MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA** **120**
E. LIAPAKIS, G. KOKKALIS ET ALS
- MYELOLIPOMAS - PRESENTATION OF 3 CASES** **127**
KALKOYNOY J., ANASTASOPOULOS G. ET ALS

SPECIAL COMMUNICATION

- BREAST PROBLEMS. ALGORITHMS OF CLINICAL MANIPULATION
BY GENERAL PRACTITIONERS** **131**
FTHENAKIS A., ROVITHIS EMM. ET ALS

- ABSTRACTS FROM INTERNATIONAL ONCOLOGICAL PAPERS** **138**
PANAGOPOULOS EMM.

Mailing address:

HELLENIC SOCIETY
OF SURGICAL ONCOLOGY
171 Alexandras Av., Athens 115 22
Tel.: +30 210 64 09 393-4 Fax: + 30 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

Ανασκοπήσεις

ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Α. ΓΕΩΡΓΑΛΗΣ, Α. ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΣ, Α. ΠΑΠΠΑΣ
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (ΔΕΠ) είναι η πιο συχνή διαταραχή πήκτικότητας στον καρκίνο του προστάτη. Η επίπτωσή της εξαρτάται από το κλινικό στάδιο της νόσου ενώ η εκδήλωσή της είναι πιο έντονη στην μεταστατική και ορμονο-άντοχη μορφή της νόσου. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός. Το κλασικό κλινικό εύρημα είναι η αιμορραγική διάθεση που μπορεί να φτάσει να απειλήσει ακόμα και τη ζωή του ασθενούς. Η διάγνωση γίνεται με βάση τις κλινικές εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα. Η θεραπεία είναι δύσκολη γιατί πρόκειται για ασθενείς με μεταστατική ή ορμονοάντοχη νόσο και η πρόγνωση δεν είναι καλή.

Λέξεις-κλειδιά: διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, καρκίνος προστάτη.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (ΔΕΠ), είναι το αποτέλεσμα της ευρείας ενεργοποίησης των μηχανισμών πήξης του αίματος. Η ΔΕΠ είναι η πιο συχνή διαταραχή πήκτικότητας στον καρκίνο του προστάτη^{1,2}. Η επίπτωση της ΔΕΠ στον καρκίνο του προστάτη κυμαίνεται από 13-30%, όμως κλινικά σημεία ΔΕΠ βρίσκουμε μόνο στο 0,4-1,65% των ασθενών με καρκίνο προστάτη³. Το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη είναι ο 2^{ος} σε συχνότητα κακοήθης όγκος συμπαγών οργάνων, μετά τον γαστρικό ή τον παγκρεατικό καρκίνο, που μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠ. Στον καρκίνο του προστάτη, η επίπτωση της ΔΕΠ εξαρτάται από το κλινικό στάδιο της νόσου, και η εκδήλωσή της επιτείνεται

στην μεταστατική και την μη ορμονο-εξαρτώμενη μορφή της νόσου⁴, ενώ έχει αναφερθεί και σάν πρώτη εκδήλωση της νόσου^{4α}.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Για να επέλθει ΔΕΠ πρέπει να συμβούν ταυτόχρονα τα εξής: συστηματική παραγωγή ινικής (από αυξημένη μετατροπή θρομβίνης), ανεπάρκεια των φυσιολογικών αντιπηκτικών μηχανισμών [χαμηλά επίπεδα αντιθρομβίνης III, ανεπαρκής λειτουργία του συστήματος της C-πρωτεΐνης, ανεπαρκής TPFI (tissue factor-pathway inhibitor)], και ανεπαρκής ινωδολύση. Ο συνδιασμός αυξημένης παραγωγής και ανεπαρκούς απομάκρυνσης της ινικής καταλήγει σε θρόμβωση των αγγείων μικρού και μεσαίου μεγέθους. Έτσι, υπάρχει υπερβολική κατανάλωση των παραγόντων πήξης, κάτι που οδηγεί σε αυξημένη αιμορραγική διάθεση.

Ο ακριβής μηχανισμός αυτής της διαταραχής της πήκτικότητας στους ασθενείς με καρκίνο, δεν είναι εντελώς γνωστός. Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι μπορεί να ενέχονται διαφορετικοί κάθε φορά παράγοντες, όπως ο ιστικός παράγων (TF), ο οποίος εκφράζεται στην επιφάνεια της κυτταρικής μεμβράνης των καρκινικών κυττάρων, ή διάφοροι άλλοι προπηκτικοί παράγοντες^{5,6}. Σε άλλες μελέτες έχει φανεί ότι τα προστατικά καρκινικά κύτταρα είναι πλούσια σε θρομβοπλαστίνη⁷.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κλινικά, το κλασικό εύρημα είναι η αιμορραγική διάθεση, που εκδηλώνεται με πετεχίες, με μικρο-αιμορραγίες που δεν σταματούν εύκολα (φώτο 1,2 και 3) ή ακόμα, και με σοβαρές αιμορραγίες απειλητικές για τη ζωή. Σπάνια εκδηλώνεται με εμφάνιση θρομβώσεων.

Αλληλογραφία :

Αθανάσιος Γεωργαλής

Ουρολογική Κλινική ΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας»

Δωδεκανήσου 8 Βριλήσσια 15235

e-mail : nasis_m_georgalis@yahoo.gr



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ΔΕΠ γίνεται με βάση τρία χαρακτηριστικά: νόσους που προκαλούν ΔΕΠ, κλινικές εκδηλώσεις, και ο συνδιασμός εργαστηριακών παραμέτρων, οι οποίες είναι: θρομβοπενία, παράταση του χρόνου προθρομβίνης και του χρόνου ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης (τα γνωστά PT και aPTT), μείωση του ινωδογόνου, και αυξημένα D-Dimers.

Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ΔΕΠ, σε συσχέτιση με καρκίνο του προστάτη, μετά από βιοψία προστάτη^{8,15}, από την χρήση του PC-SPEs (εξαιτίας του ότι έχει παρόμοιο προφίλ παρενεργειών με την διαιθυλστυλβιστρώλη)⁹, από την χρήση μείζονος ανδρογονικού αποκλεισμού¹⁰, μετά από στρόντιο-89^{11,12} (γι' αυτό καλό είναι πριν την χρήση του να γίνεται έλεγχος πηκτικότητας), μετά από ενδομυελική ύλωση κατάγματος μηριαίου οστού από μεταστατικό καρκίνο προστάτου¹³, μετά από αφαίρεση δοντιού¹⁴ (ως 1^η εκδήλωση), μετά από αυξημένη ευαισθησία στη χρήση βαρφαρίνης¹⁶ (ως 1^η εκδήλωση), με τη μορφή



αιμορραγίας του οφθαλμικού κόγχου¹⁷ και απώλεια όρασης (ως 1^η εκδήλωση), με τη μορφή αυτόματης ουλορραγίας¹⁸ (ως 1^η εκδήλωση), με τη μορφή αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού^{19,20} (ως 1^η εκδήλωση).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεραπευτικά, το δόγμα στην θεραπεία της ΔΕΠ είναι η αντιμετώπιση του αιτίου που την προκάλεσε. Όταν η κατάσταση του αρρώστου δεν είναι απειλητική για τη ζωή του άμεσα, τότε η αρχική θεραπεία στοχεύει τον καρκίνο του προστάτη. Συχνά όμως η αιτιολογική θεραπεία σε αυτή την περίπτωση είναι δύσκολη, διότι συνήθως υπάρχει μεταστατική νόσος ή μη ορμονο-εξαρτώμενη νόσος. Οι λίγες ειδικές θεραπευτικές επιλογές είναι ορμονικοί χειρισμοί (οιστρογόνα, κετοκοναζόλη, ορχεκτομή, αντιανδρογόνα, LH-RH ανάλογα), χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία. Όταν ο καρκίνος του προστάτη έχει μεταπέσει σε φάση αντοχής στην ορμονοθεραπεία, έχει προταθεί θεραπεία με οιστρογόνα, π.χ διαιθυλστυλβιστρώλη²¹. Ωστόσο, η θεραπεία με οιστρογόνα, έχει βρεθεί ότι μπορεί και να επιδεινώσει τα σημεία της ΔΕΠ²². Η κετοκοναζόλη έχει ρόλο στην θεραπεία, και ειδικά στην οξεία φάση της ΔΕΠ^{23,24}. Ειδικότερα μάλιστα, για περιπτώσεις απειλητικές για τη ζωή, έχει βρεθεί ότι η χορήγηση 400mg κετοκοναζόλης ανά 8ωρο, σταματά την αιμορραγία σε 48 ώρες, και επέρχεται άμεση μείωση των κυκλοφορούντων ανδρογόνων σε επίπεδα ευνουχισμού²². Το ε-αμινο-καπρικό οξύ, φαίνεται να είναι αποτελεσματικό σε μερικές περιπτώσεις²⁵ όμως ο συνδιασμός με υψηλές δόσεις ενδοφλεβίων οιστρογόνων, αποτελεί αντένδειξη, καθώς ο κίνδυνος θρόμβωσης είναι μεγάλος. Τα LH-RH ανάλογα, έχουν επίσης θέση στην θεραπεία^{26,27}, αλλά έχει παρατηρηθεί και επιδείνωση νόσου¹⁰. Σε ό,τι αφορά την χημειοθεραπεία, αναφέρεται επιτυχής αντιμετώπιση με χρήση μιτοξανδρόνης²⁸, καθώς και με τη χρήση συνδιασμού δοξαεξέλης και πλατίνης²⁹. Υπάρχουν και ακτινοθεραπευτικοί χειρισμοί, καθώς έχει παρατηρηθεί επιτυχής αντιμετώπιση με τη χρήση σαμάρου-153³.

Η χρήση των αντιπηκτικών, και ειδικότερα της ηπαρίνης, αποτελεί ακόμα σημείο διχογνωμίας. Γενικώς μπορεί να γίνεται χορήγηση μικρών δόσεων ηπαρίνης. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί θεραπεία αντικατάστασης αντιθρομβίνης III, και πρωτεΐνης C. Οι θεραπείες αυτές αντικατάστασης συστατικών του αίματος, καθορίζονται από την βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς, από τον βαθμό αιμορραγίας, από τον αριθμό των αιμοπεταλίων, καθώς και από το επίπεδο των παραγόντων πήξης. Δεν φαίνεται να είναι απαραίτητη

η προφυλακτική χορήγηση αιμοπεταλίων ή πλάσματος σε ασθενείς με ΔΕΠ. Ίσως η χορήγηση αιμοπεταλίων να είναι απαραίτητη όταν ο αριθμός τους είναι < 50.000 , και ο ασθενής αιμορραγεί ή πρόκειται να υποβληθεί σε μεγάλο χειρουργείο. Όταν υπάρχει αιμορραγία που απειλεί άμεσα τη ζωή του αρρώστου, τότε μπορεί να χορηγηθεί φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα (FFP). Επειδή το FFP περιέχει περισσότερο ινωδογόνο παρά κρυοκαθιζήματα, τα οποία μπορεί να περιέχουν παράγοντες που αυξάνουν το φαινόμενο της πήξης, είναι προτιμότερο να χορηγείται αυτό, σαν πρώτη γραμμή παράγων αντικατάστασης συστατικών του αίματος.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σε ότι αφορά την πρόγνωση, σε μια μελέτη 5 περιστατικών, ο μέσος όρος επιβίωσης των ασθενών, από την πρώτη εμφάνιση της ΔΕΠ, ήταν 685 μέρες, και αφορούσε ασθενείς με μεταστατική νόσο³⁰.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο κλινικά μεταστατικός καρκίνος του προστάτη, συχνά σχετίζεται με διαταραχές πηκτικότητας. Η ΔΕΠ είναι η πιο συχνή από τις διαταραχές πηκτικότητας, κάτι που πρέπει να το γνωρίζουν και οι ουρολόγοι και οι ογκολόγοι, καθώς μπορεί να επηρεάσει τόσο την βραχυπρόθεσμη πρόγνωση, όσο και τις θεραπευτικές στρατηγικές.

SUMMARY

DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

GEORGALIS A., REBELAKOS A., PAPPAS A.
DEPARTMENT OF UROLOGY, AONA "SAINT SAVVAS" HOSPITAL

Disseminated intravascular coagulation (DIC) is the most common coagulation disorder in prostate cancer. The incidence depends on the clinical stage of the disease, and symptoms are more severe in metastatic and hormone-refractory prostate cancer. The exact etiology is not known, although there are references about possible contribution of several risk factors. The clinical presentation of DIC is bleeding disorder, which might threaten patient's life. Diagnosis is based on clinical symptoms and laboratory findings. The goal of therapy is to treat the cause,



but, it is difficult, because these patients are suffering from metastatic or hormone-refractory disease. Prognosis is also poor.

Key words: disseminated intravascular coagulation, prostate cancer.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Oh WK. Hematologic complications of prostate cancer. In: Prostate Cancer, principles et practice. Lippincott Williams and Wilkins 2002:602-11
2. Smith JA, Soloway MS, Young MJ. Complications of advanced prostate cancer. Urology 1999;54(suppl A):8-14
3. Ruffion A, Manel A, Valignat C, Lopez JG, Perrin-Fayolle O, Perrin P. Successful use of Samarium 153 for emergency treatment of disseminated intravascular coagulation due to metastatic hormone refractory prostate cancer. J Urol 2000;164:782.
4. Cabane J, Etarian C, Louvet C, et al. Disseminated intravascular coagulation associated with prostate cancer. Rev Med Intern 1995;16:219-24
5. Contrino J, Hair G, Kreutzer DL, Rickles FR. In situ detection of tissue factor in vascular endothelial cells: correlation with the malignant phenotype of human breast disease. Nat Med 1996;2:209-15
6. Levi M. Cancer and DIC. Haemostasis 2001;31(suppl 1):47-8
7. O'Meara RAQ. Coagulative properties of cancers. Irish J Med Sci 1958;6:474
8. Kato K, Suzuki K, Sai S, Senda M, Murase T. [A case of septic shock and disseminated intravascular coagulation following transrectal prostatic biopsy] Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2001 Nov;92(7):706-9.
9. Lock M, Loblaw DA, Choo R, Imrie K. Disseminated intravascular coagulation and PC-SPES: a case report and literature review. Can J Urol. 2001 Aug;8(4):1326-9.
10. Paszkowski AL, Hewitt DJ, Taylor A Jr. Disseminated intravascular coagulation in a patient treated with strontium-89 for metastatic carcinoma of the prostate. Clin Nucl Med. 1999 Nov;24(11):852-4.
11. Leong C, McKenzie MR, Coupland DB, Gascoyne RD. Disseminated intravascular coagulation in a patient with metastatic prostate cancer: fatal outcome following strontium-89 therapy. J Nucl Med. 1994 Oct;35(10):1662-4.
12. Leong C, McKenzie MR, Coupland DB, Gascoyne RD. Disseminated intravascular coagulation in a patient with metastatic prostate cancer: fatal outcome following strontium-89 therapy. J Nucl Med. 1994 Oct;35(10):1662-4.
13. Ward WG, Hosseini AA. Disseminated intravascular coagulopathy (DIC) complicating intramedullary fixation of impending femur fracture from metastatic prostate cancer. Orthopedics. 1995 Nov;18(11):1115-8; discussion 1118-9.
14. McKechnie J. Prostatic carcinoma presenting as a haemorrhagic

- diathesis after dental extraction. *Br Dent J*. 1989 Apr 22;166(8):195-6
15. Harvey MH, Osborn DE, Hutchinson RM. Disseminated intravascular coagulation following transrectal prostatic biopsy. *Br J Urol*. 1987 Apr;59(4):363-4.
 16. Munter G, Hershko C. Increased warfarin sensitivity as an early manifestation of occult prostate cancer with chronic disseminated intravascular coagulation. *Acta Haematol*. 2001;105(2):97-9.
 17. Goyal S, Goel R. Orbital haemorrhage with loss of vision in a patient with disseminated intravascular coagulation and prostatic carcinoma. *Orbit*. 2004 Sep;23(3):193-7
 18. Shepherd SM, Lyon WK. Gingival bleeding: initial presentation of prostatic cancer. *J Fam Pract*. 1990 Jan;30(1):98-100.
 19. Marcos Sanchez F, Llorente Domingo P, Gamez Cabero MI, Juarez Ucelay F, Duran Perez-Navarro A. [Upper digestive hemorrhage and disseminated intravascular coagulation as the initial manifestation of prostate cancer] *An Med Interna*. 1988 Sep;5(9):483-4.
 20. Doll DC, Kerr DM, Greenberg BR. Acute gastrointestinal bleeding as the presenting manifestation of prostate cancer. *Cancer*. 1986 Sep 15;58(6):1374-7
 21. Goldenberg SL, Fenster HN, Perler Z, McLoughlin MG. Disseminated intravascular coagulation in carcinoma of prostate: role of estrogen therapy. *Urology* 1983;22:130-2
 22. Lowe FC, Somers WJ. The use of ketoconazole in the emergency management of disseminated intravascular coagulation due to metastatic prostatic cancer. *J Urol* 1987;137:1000-2
 23. Ketoconazole and Flutamide in the treatment of disseminated intravascular clotting from prostate cancer: a case report and review. *J Med Assoc Thai*. 2001 Oct;84(10):1495-501.
 24. Litt MR, Bell WR, Lepor HA. Disseminated intravascular coagulation carcinoma reversed by ketoconazole. *JAMA*. 1987 Sep 11;258(10):1361-2.
 25. Cooper DL, Sandler AB, Wilson LD, Duffy TP. Disseminated intravascular coagulation and excessive fibrinolysis in a patient with metastatic prostate cancer. Response to epsilon-aminocaproic acid. *Cancer* 1992 Aug 1;70(3):656-8
 26. Avances C, Oumaya C, Granger V, Dubon O, Gris JC, Culine S, Costa P. Prostate cancer and acute disseminated intravascular coagulation. Therapeutic management based on three cases. *Prog Urol*. 2003 Apr;13(2):308-12.
 27. Rabii R, Salomon L, Hodzinek A, Saint F, Cicco A, Chopin DK, Abbou CC. Prostatic adenocarcinoma revealed by disseminated intravascular coagulation and fibrinolysis. *Ann Urol (Paris)*. 2002 Jul;36(4):269-71
 28. Smith MR. Successful treatment with mitoxantrone chemotherapy of acute disseminated intravascular coagulation due to metastatic androgen independent prostate cancer. *J Urol*. 2000 Jan;163(1):248
 29. Avances C, Jacot W, Senesse P, Guline S. Prompt resolution of acute disseminated intravascular coagulation with docetaxel and cisplatin in hormone refractory prostate cancer. *J. Urol*. 2002 Oct;168(4 Pt 1):1496.
 30. Ohtake N, Kurita S, Fukabori Y, Imai K, Yamanaka H, Nakata S, Sato J, Kurihara J, Mashimo M, Sekihara T, Saruki K, Kawashima K, Takahashi H, Tsuchiya K, Okabe K, Jimbo S, Kurita M. Clinical study on prostate cancer initially presenting with disseminated intravascular coagulation syndrome. *Hinyokika Kiyo*. 1998 Jun;44(6):387-90.

Κλινικές Μελέτες

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ;

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΠΑΛΤΑΓΙΑΝΝΗΣ, ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΝΙΚΟΛΟΥΖΟΣ, ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΑΚΗΣ,
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΦΥΡΙΔΗΣ, ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΧΑΚΙΜ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΖΩΓΡΑΦΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ,
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΠΟΛΑΝΟΣ, ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΛΗΣ
ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Ε. Α. Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΜΕΤΑΞΑ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του πνεύμονος προκαλεί 6.000 θανάτους κάθε χρόνο στην Ελλάδα. Η χειρουργική επέμβαση προσφέρει την καλύτερη δυνατότητα θεραπείας των ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονος.

Πρόσφατα έχει παρατηρηθεί μια αύξηση του αριθμού των περιστατικών οι οποίοι έχουν ένδειξη εκτομής του πνεύμονος λόγω πρωτοπαθούς καρκινώματος κυρίως μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών και ασθενών με μειωμένη αναπνευστική λειτουργία. Σε αυτούς τους ασθενείς η προεγχειρητική πρόβλεψη της κατάστασης της αναπνευστικής λειτουργίας μετά την εγχείρηση του πνεύμονος προβάλλει επιτακτική.

Σκοπός: Στόχος της μελέτης μας είναι να προσδιορίσει το αποτέλεσμα της εκτομής του πνευμονικού παρεγχύματος στη μετεγχειρητική σπιρομέτρηση και να εκτιμήσει την ακρίβεια της απλής εξίσωσης των Juhl και Frost στην πρόβλεψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας στους ασθενείς που υποβάλλονται σε λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή.

Υλικό-Μέθοδος: Εκατόν δώδεκα ασθενείς υποβλήθηκαν σε σπιρομετρικό έλεγχο προεγχειρητικά και 3 και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Από όλες τις παραμέτρους που καταγράφονταν για την εκτίμηση της δυνατότητας του ασθενούς να χειρουργηθεί αλλά και για τις υπόλοιπες συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η FEV₁. Η προβλεπόμενη μετεγχειρητική FEV₁ υπολογίστηκε με την εξίσωση των Juhl και Frost.

Αποτελέσματα: Σε σχέση με τις προεγχειρητικές τιμές το ποσοστό απώλειας της αναπνευστικής λειτουργίας 6 μήνες μετά την επέμβαση (μείωση της FEV₁) για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή είναι 7,72%, ενώ για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή είναι 32,53%.

Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε από την συσχέτιση μεταξύ προβλεπόμενης και μετρηθείσας –πραγματικής FEV₁ δύο εξισώσεις μία για επεμβάσεις λοβεκτομής και μία για εγχειρήσεις πνευμονεκτομής.

Η πρώτη για λοβεκτομή έχει ως εξής:

$$FEV_{1\text{ ΜΕΤΕΓΧ.}} = 0,00211 + 0,896660 \times FEV_{1\text{ ΠΡΟΕΓΧ.}}$$

Η δεύτερη για πνευμονεκτομή εκφράζεται ως εξής :

$$FEV_{1\text{ ΜΕΤΕΓΧ.}} = 0,145 + 0,65318 \times FEV_{1\text{ ΠΡΟΕΓΧ.}}$$

Αυτές οι εξισώσεις προβλέπουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την μετεγχειρητική αναπνευστική λειτουργία των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκτομή του πνεύμονα λόγω καρκίνου.

Συμπεράσματα: Πιστεύουμε ότι οι εξισώσεις μας αποτελούν μια αξιόπιστη μέθοδο πρόβλεψης της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις εκτομής του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος.

Λέξεις κλειδιά: FEV₁, λοβεκτομή, καρκίνος πνεύμονος, πνευμονεκτομή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του πνεύμονος αποτελεί κύρια αιτία θανάτου και των ανδρών και των γυναικών στην χώρα μας. Υπολογίζεται ότι ο καρκίνος του πνεύμονος προκαλεί 6.000 θανάτους κάθε χρόνο στην Ελλάδα, όσο δηλαδή ο πληθυσμός μιας μικρής πόλης.

Η χειρουργική επέμβαση προσφέρει την καλύτερη δυνατότητα θεραπείας των ασθενών με μη

Υπεύθυνος για αλληλογραφία
Στέφανος Νικολούζος
Αντιοχείας 37, 171 23 Ν. Σμύρνη
Τηλ : 2109569327, 6972699333
fax: 2109569327
e-mail : stefanos.nikolouzos@gmail.com

μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονος. Πολλοί ασθενείς, ιδίως ηλικιωμένοι, με βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονος πάσχουν ταυτόχρονα από αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Συνεπώς η αναπνευστική λειτουργία υπολείπεται. Εάν στην ήδη επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία υπολογίσουμε και την περαιτέρω ελάττωση αυτής λόγω αφαίρεσης του πάσχοντος πνευμονικού ιστού αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει η ανάγκη της πρόβλεψης της πραγματικής μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας έτσι ώστε να διασφαλίζεται ικανοποιητική ποιότητα ζωής για τους ασθενείς μετά την επέμβαση και ταυτόχρονα να αποφεύγεται άστοχος και άδικος αποκλεισμός ορισμένων από τα πλεονεκτήματα επιβίωσης που προσφέρει η χειρουργική θεραπεία.

Σε αυτούς τους ασθενείς η προεγχειρητική πρόβλεψη της κατάστασης της αναπνευστικής λειτουργίας μετά την εγχείρηση του πνεύμονος προβάλλει επιτακτική.

Στόχος της μελέτης μας είναι να προσδιορίσει το αποτέλεσμα της εκτομής του πνευμονικού παρεγχύματος στη μετεγχειρητική σπιρομέτρηση και να εκτιμήσει την ακρίβεια της απλής εξίσωσης των Juhl και Frost στην πρόβλεψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας στους ασθενείς που υποβάλλονται σε λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή.

Σύμφωνα με τους Juhl και Frost ο προβλεπόμενος μετεγχειρητικός βίαιος εκπνευστικός όγκος στο πρώτο δευτερόλεπτο (FEV_1 προ/μετ) μπορεί να υπολογιστεί βάση της εξίσωσης

$$(FEV_1 \text{ προ/μετ}) = \text{προεγχειρητική } FEV_1 \times [1 - (SX0,0526)^S]$$

όπου S = Ο αριθμός των τμημάτων που εκτέμνονται.

Αυτή η εξίσωση βασίζονται στο γεγονός ότι οι δύο πνεύμονες αποτελούνται από 19 βρογχοπνευμονικά τμήματα (10 ο δεξιός και 9 ο αριστερός) καθένα από τα οποία είναι «υπεύθυνο» για το 1/19 της αναπνευστικής λειτουργίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 112 ασθενείς (101 άνδρες και 11 γυναίκες). Από αυτούς 72 ασθενείς υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή και 40 σε πνευμονεκτομή λόγω μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος από τον Ιούλιο του 2001 έως τον Δεκέμβριο του 2004 στην Θωρακοχειρουργική Κλινική του Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά “Μεταξά”.

Όλοι οι ασθενείς υποβάλλονταν σε προεγχειρητικό έλεγχο ο οποίος περιελάμβανε λεπτομερή καταγραφή του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, πλήρη αντικειμενική εξέταση, γενική αίματος, ταχύτητα

καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων, πλήρη βιοχημικό έλεγχο, καρκινικούς δείκτες, προσδιορισμό αερίων αίματος, ακτινογραφία θώρακος, υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και άνω κοιλίας, κλινική καρδιολογική μελέτη και υπερηχογράφημα καρδιάς και αναισθησιολογική εκτίμηση.

Οι ασθενείς της παρούσας μελέτης υποβλήθηκαν σε ανοιχτή οπισθοπλάγια θωρακοτομή (αριστερή ή δεξιά ανάλογα με την εντόπιση της νόσου), με διατήρηση του πλατέος ραχιαίου μυός, υπό γενική αναισθησία, με τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα διπλού αυλού. Οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν από την ίδια τετραμελή χειρουργική ομάδα.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας με το σπιρομέτρο Cosmed rony της εταιρείας COSMED το οποίο εκπληρώνει τις προδιαγραφές και τις βασικές σταθερές της ακρίβειας, της χωρητικότητας, της γραμμικότητας, της καταγραφής των γραφικών δεδομένων και των ορίων ανεκτού σφάλματος της Αμερικανικής Εταιρείας Θώρακος και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας του Αναπνευστικού συστήματος.

Η καλή λειτουργία και ο έλεγχος ποιότητας του σπιρομέτρου εγένετο με την βοήθεια σύριγγας γνωστού όγκου αέρος, συνήθως 3 λίτ κάθε δύο μήνες

Όλοι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στη παρούσα μελέτη υποβλήθηκαν σε σπιρομετρικό έλεγχο προεγχειρητικά και 3 και 6 μήνες μετά την επέμβαση. Η δοκιμασία της σπιρομέτρησης ελάμβανε χώρα με τον ασθενή σε ανάπαυση και σε όρθια θέση.

Από όλες τις παραμέτρους που καταγράφονταν για την εκτίμηση της δυνατότητας του ασθενούς να χειρουργηθεί αλλά και για τις υπόλοιπες συγκρίσεις χρησιμοποιήσαμε την FEV_1 .

Οι ασθενείς συμμετείχαν σε πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης (follow up). Το πρόγραμμα παρακολούθησης των ασθενών πέραν των άλλων περιελάμβανε σπιρομέτρηση για την εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας 3 μήνες και 6 μήνες μετά την εγχείρηση. Έτσι λοιπόν κάθε ασθενής έχει:

- Καταγεγραμμένη προεγχειρητική σπιρομέτρηση
- Προβλεπόμενη μετεγχειρητική FEV_1 με βάση την εξίσωση των Juhl και Frost,
- Καταγεγραμμένη μετεγχειρητική σπιρομέτρηση 3 και 6 μήνες μετά την εγχείρηση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με την χρήση του προγράμματος Statistica for Windows. Οι συσχετίσεις μεταξύ της πραγματικής και της προβλεπόμενης μετεγχειρητικής FEV_1 υπολογίστηκαν με γραμμική παλινδρόμηση. Οι συγκρίσεις των μεταβλητών FEV_1 στις ομάδες της λοβεκτομής και της πνευμονεκτομής πριν και μετά την εγχείρηση αναλύθηκαν στατιστικά με το Student's t test. Τιμή $p < 0,05$ ορίζεται ως στατιστικώς σημαντική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

I. ΛΟΒΕΚΤΟΜΕΣ

72 ασθενείς (65 άνδρες και 7 γυναίκες) ηλικίας 30 - 80 ετών (μέση ηλικία $62,40 \pm 9,41$ έτη) υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή. (Πίνακες 1 & 2).

ΛΟΒΕΚΤΟΜΕΣ	
Είδος χειρουργικής επέμβασης	Αριθμός ασθενών
Δεξιά άνω λοβεκτομή	18
Αριστερή άνω λοβεκτομή	15
Δεξιά άνω και μέση διλοβεκτομή	11
Αριστερή κάτω λοβεκτομή	10
Δεξιά κάτω λοβεκτομή	8
Μέση λοβεκτομή	5
Δεξιά κάτω και μέση διλοβεκτομή	5
Σύνολο	72

Πίνακας 1 : Είδος χειρουργικής επέμβασης



Πίνακας 2 : Ιστογράμμο κατανομής ηλικίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή

Η τελική ιστολογική εξέταση ανέδειξε 41 περιπτώσεις πλακώδους καρκινώματος, 24 περιπτώσεις αδenoκαρκινώματος, 5 περιπτώσεις βρογχοκυψελιδικού καρκινώματος, σε έναν ασθενή διαπιστώθηκε καρκινοειδές ενώ σε μία περίπτωση η τελική ιστολογική εξέταση αποκάλυψε μικροκυτταρικό καρκίνωμα.

Η τελική μετεγχειρητική παθολογοανατομική Σταδιοποίηση κατά TNM κατατάσσει 20 ασθενείς ως T1N0M0, 25 ασθενείς ως T2N0M0, 5 ασθενείς ως T3N0M0, 6 ασθενείς ως T1N1M0, 4 ασθενείς ως T2N1M0, έναν ασθενή ως T1N2M, 8 ασθενείς ως T2N2M0 και 3 ασθενείς ως T4N1M0 (Πίνακας 3).

Από τα στοιχεία μας, 3 μήνες μετά από τη λοβεκτομή παρατηρείται μείωση της πραγματικής FEV₁ σε σχέση με την προεγχειρητική τιμή της τάξεως του



Πίνακας 3: Σταδιοποίηση TNM ασθενών που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή

10,45%. 6 μήνες μετά η πραγματική FEV₁ υπολείπεται της προεγχειρητικής τιμής κατά 7,72%. Διαπιστώνεται δηλαδή ότι η FEV₁ 6 μήνες μετά την εγχείρηση αυξάνεται σε σχέση με την FEV₁ 3 μήνες μετά την εγχείρηση κατά 2,73%.

Επίσης παρατηρήσαμε ότι η αναμενόμενη μετεγχειρητική FEV₁, όπως προσδιορίζεται από την εξίσωση των Juhl και Frost, υπολείπεται των πραγματικών FEV₁ στους 3 και 6 μήνες κατά 15,20% και 18,71% αντίστοιχα (Πίνακας 4).

ΛΟΒΕΚΤΟΜΕΣ	
Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση προεγχειρητικού, αναμενόμενου και μετεγχειρητικού (στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα) βίαιου εκπνευστικού όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο	
FEV ₁ προ	2,20 ± 0,56 lt
FEV ₁ αναμ.	1,71 ± 0,48 lt
FEV ₁ 3μην	1,97 ± 0,50 lt
FEV ₁ 6μην	2,03 ± 0,52 lt

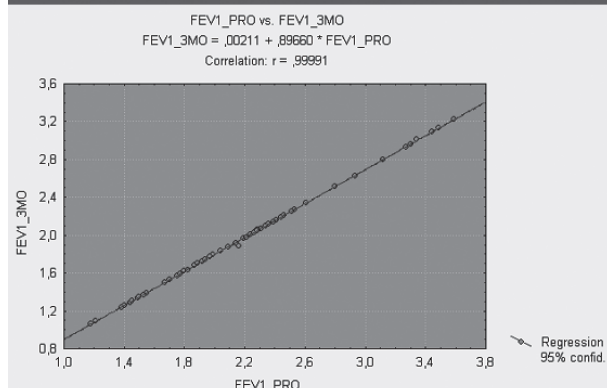
Πίνακας 4 : Αποτελέσματα των μετρήσεων της FEV₁ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή

Σπουδαίο ενδιαφέρον έχει η συσχέτιση της FEV₁ 3 μήνες μετά την εγχείρηση και της προεγχειρητικής (Σχήμα 1). Φαίνεται ότι έχουμε την δυνατότητα πρόβλεψης της πραγματικής μετεγχειρητικής FEV₁ στους ασθενείς που υποβάλλονται σε λοβεκτομή με βάση την προεγχειρητική FEV₁ σύμφωνα με την σχέση : **FEV₁ ΜΕΤΕΓΧ. = 0,00211 + 0,89660 x FEV₁ ΠΡΟΕΓΧ**

II. ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΕΣ

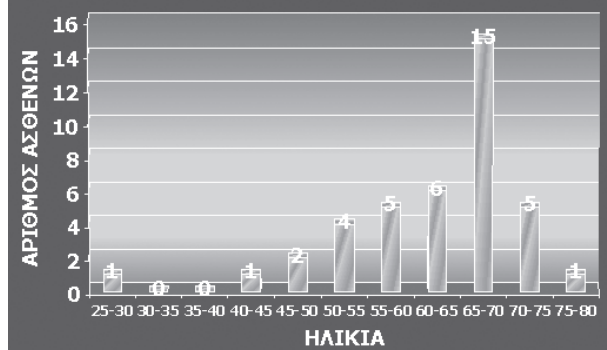
Σε ότι αφορά τις πνευμονεκτομές 40 ασθενείς (36 άνδρες και 4 γυναίκες) ηλικίας 30 - 80 ετών (μέση ηλικία $63,30 \pm 9,61$ έτη) υποβλήθηκαν σε

ΛΟΒΕΚΤΟΜΕΣ



Σχήμα 1 : Συσχέτιση της FEV₁ 3 μήνες μετά την λοβεκτομή με την προεγχειρητική FEV₁

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΕΣ



Πίνακας 5 : Ιστογράμμο κατανομής ηλικίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή

πνευμονεκτομή (Πίνακας 5).

21 ασθενείς υπέστησαν δεξιά πνευμονεκτομή και 19 αριστερή πνευμονεκτομή.

Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή η τελική ιστολογική εξέταση ανέδειξε σε 23 περιπτώσεις ότι επρόκειτο για πλακώδες καρκίνωμα, σε 10 περιπτώσεις για αδενοκαρκίνωμα, σε 5 περιπτώσεις μικτού τύπου όγκους, σε μία περίπτωση για βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα, ενώ σε έναν ασθενή η τελική ιστολογική εξέταση αποκάλυψε μικροκυτταρικό καρκίνωμα.

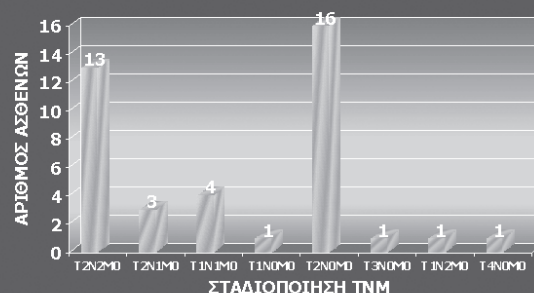
Η οριστική παθολογοανατομική Σταδιοποίηση κατά TNM κατατάσσει έναν ασθενή ως T1N0M0, έναν ασθενή ως T1N2M0, 16 ασθενείς ως T2N0M0, έναν ασθενή ως T3N0M0, 4 ασθενείς ως T1N1M0, 3 ασθενείς ως

T2N1M0, 13 ασθενείς ως T2N2M0 και έναν ασθενή ως T4N0M0 (Πίνακας 6).

3 μήνες μετά από πνευμονεκτομή παρατηρείται σημαντική μείωση της πραγματικής FEV₁ σε σχέση με την προεγχειρητική (33,97%).

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΕΣ

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ TNM



Πίνακας 6: Σταδιοποίηση TNM ασθενών που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή

6 μήνες μετά η πραγματική FEV₁ υπολείπεται της προεγχειρητικής τιμής σε ποσοστό που αγγίζει το 32,53%. Διαπιστώνεται επίσης ότι η FEV₁ 6 μήνες μετά την εγχείρηση αυξάνεται σε σχέση με την FEV₁ 3 μήνες μετά την εγχείρηση 2,17% κατά μέσο όρο (Πίνακας 7).

ΠΝΕΥΜΟΝΕΚΤΟΜΕΣ

Μέση τιμή και σταθερή απόκλιση προεγχειρητικού, αναμενόμενου και μετεγχειρητικού (στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα) βίαιου εκπνευστικού όγκου στο πρώτο δευτερόλεπτο

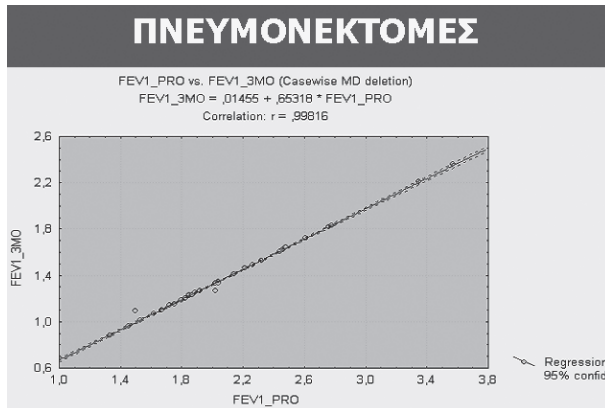
FEV ₁ pro	2,09 ± 0,48 lt
FEV ₁ αναμ.	1,05 ± 0,24 lt
FEV ₁ 3μην	1,38 ± 0,31 lt
FEV ₁ 6μην	1,41 ± 0,31 lt

Πίνακας 7 : Αποτελέσματα των μετρήσεων της FEV₁ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή

Επίσης παρατηρείται ότι η αναμενόμενη μετεγχειρητική FEV₁, όπως προσδιορίζεται από την εξίσωση των Juhl και Frost, υπολείπεται των πραγματικών στους 3 και 6 μήνες κατά 23,91% και 25,53% αντίστοιχα.

Συνεπώς οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή, 6 μήνες μετά την εγχείρηση έχουν απωλέσει σημαντικό ποσοστό 32,53% της FEV₁, δηλαδή περίπου το 1/3 της προεγχειρητικής.

Η συσχέτιση της FEV₁ 3 μήνες μετά την εγχείρηση και της προεγχειρητικής FEV₁ (Σχήμα 2) μας δίνει την δυνατότητα πρόβλεψης της πραγματικής μετεγχειρητικής FEV₁ στους ασθενείς που υποβάλλονται σε



Σχήμα 2: Συσχέτιση της FEV_1 3 μήνες μετά την πνευμονεκτομή με την προεγχειρητική FEV_1

πνευμονεκτομή με βάση την προεγχειρητική FEV_1 σύμφωνα με την σχέση :

$$FEV1 \text{ ΜΕΤΕΓΧ.} = 0,1455 + 0,65318 \times FEV1 \text{ ΠΡΟΕΓΧ}$$

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή οι τιμές της FEV_1 είναι στατιστικώς σημαντικά μειωμένες 3 μήνες μετά την επέμβαση, βελτιώνονται στους 6 μήνες αλλά δεν φθάνουν ποτέ τις προεγχειρητικές.

Στην ομάδα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή οι τιμές της FEV_1 είναι στατιστικώς σημαντικά μειωμένες 3 μήνες μετά την επέμβαση και δεν βελτιώνονται αποφασιστικά στους 6 μήνες.

Σε σχέση με τις προεγχειρητικές τιμές το ποσοστό της απώλειας της αναπνευστικής λειτουργίας (μείωση της FEV_1) 6 μήνες μετά την επέμβαση για τούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή είναι 7,72% και για τούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή είναι 32,53% .

Οι συσχετίσεις μεταξύ της προεγχειρητικής, της προβλεπόμενης και της μετρηθείσας μετεγχειρητικής FEV_1 ήταν στατιστικώς σημαντικές και στους δυο τύπους των επεμβάσεων. Η γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε από την συσχέτιση μεταξύ προβλεπόμενης και μετρηθείσας -πραγματικής FEV_1 δύο εξισώσεις μία για λοβεκτομές και μία για πνευμονεκτομές. Η πρώτη για λοβεκτομή έχει ως εξής:

$$FEV1 \text{ ΜΕΤΕΓΧ.} = 0,00211 + 0,896660 \times FEV1 \text{ ΠΡΟΕΓΧ}$$

Η δεύτερη για πνευμονεκτομή εκφράζεται ως εξής:

$$FEV1 \text{ ΜΕΤΕΓΧ.} = 0,145 + 0,65318 \times FEV1 \text{ ΠΡΟΕΓΧ}$$

Αυτές οι εξισώσεις προβλέπουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την μετεγχειρητική αναπνευστική λειτουργία

των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκτομή του πνεύμονος λόγω καρκίνου.

Τα αποτελέσματα αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή για καρκίνο του πνεύμονος σε σχέση με τον περιορισμό της πνευμονικής λειτουργίας και το μέγεθος της αποκατάστασης με την πάροδο του χρόνου.

Μετά από πνευμονεκτομή ο εναπομένον πνεύμονας εκπύσσεται, το μεσοθωράκιο μετακινείται και το διάφραγμα ανέρχεται με στόχο να μειωθεί ο κενός χώρος. Στις λοβεκτομές με την πάροδο του χρόνου ο υπόλοιπος πνεύμονας διατείνεται σταδιακά με αποτέλεσμα όλο και περισσότερες αναπνευστικές μονάδες (κυψελίδες) που έως τώρα ήσαν ανενεργές να συμμετέχουν στην ανταλλαγή αερίων.

Επίσης με την πάροδο του χρόνου αποκαθίσταται σταδιακά η επούλωση των μυών οι οποίοι διαιρέθηκαν κατά την διάρκεια της επέμβασης και λαμβάνουν μέρος στην μηχανική διαδικασία της αναπνοής.

Στην πνευμονεκτομή παρατηρείται επίσης υπερέπτυξη του πνεύμονα που παραμένει άθικτος και αποκατάσταση της μυϊκής λειτουργίας όμως η ανάκτηση της αναπνευστικής λειτουργίας υπολείπεται σημαντικά εκείνης μετά λοβεκτομή για τον προφανή λόγο της απώλειας μείζονος τμήματος πνευμονικού παρεγχύματος από την αφαίρεση του ενός πνεύμονος. Έτσι λοιπόν εξηγείται η μικρή μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας μετά από λοβεκτομή σε αντίθεση με την έντονη ελάττωση αυτής μετά από πνευμονεκτομή.

Η μελέτη μας αποδεικνύει ότι η εξίσωση πρόβλεψης της μετεγχειρητικής FEV_1 δηλαδή πρόβλεψης της μετεγχειρητικής πνευμονικής λειτουργίας, των Juhl και Frost υποεκτιμά τις πραγματικές τιμές της μετεγχειρητικής λειτουργίας του πνεύμονος με αποτέλεσμα κάποιοι ασθενείς ενδεχομένως να αποκλείονται από την χειρουργική θεραπεία και από τα ευεργετήματα τα οποία αυτή προσφέρει.

Οι επεμβάσεις εκτομής του πνεύμονος επηρεάζουν την μετεγχειρητική ποιότητα ζωής των ασθενών και επομένως χρειαζόμαστε ικανοποιητικότερη πρόβλεψη της μετεγχειρητικής πνευμονικής λειτουργίας. Οι εξισώσεις που προτείνουμε αποδεικνύονται ακριβέστερες και αναμένεται να προσφέρουν σαφέστερη και αποδοτικότερη πρόβλεψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας προς όφελος των ασθενών.

Πιστεύουμε ότι οι εξισώσεις μας αποτελούν μια αξιόπιστη μέθοδο πρόβλεψης της μετεγχειρητικής αναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών που

υποβάλλονται σε επεμβάσεις εκτομής του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονος.

SUMMARY

WHAT HAPPENS IN RESPIRATORY FUNCTION AFTER LUNG RESECTION IN PATIENTS WITH BRONHOGENIC CARCINOMA ?

NIKOLAOS BALTAYIANNIS, STEFANOS NIKOLOUZOS, EMMANOYL GEORGIANNAKIS, PANAYIOTIS SFYRIDIS, NIKOLAOS HAKIM, PANAYIOTIS ZOGRAFOS, DIMITRIOS ANAGNOSTOPOULOS, NIKOLAOS BOLANOS, ANTONIOS CHATZIMICHALIS.
DEPARTMENT OF THORACIC SURGERY, METAXA CANCER HOSPITAL, PIRAEUS, GREECE

Background: Lung cancer is the most common cause of cancer death in both men and women in our country. It has been estimated that there will be 6,000 lung cancer deaths every year in Greece. However, many patients with bronchogenic carcinoma also have coexistent obstructive lung disease.

In these patients, preoperative prediction of functional status after lung resection is mandatory.

Purpose: The aim of our study was to determine the effect of lung resection on postoperative spirometric lung function.

Material and methods: 112 patients underwent spirometric pulmonary tests preoperatively, and at 3 months and at 6 months after operation. The predicted postoperative FEV_1 was calculated using the formula of Juhl and Frost.

Results: The functional percentage losses at 6 months for lobectomies and pneumonectomies were 7,72% and 32,53% for FEV_1 respectively. The linear regression analysis derived from the correlation between predicted and measured FEV_1 two equations, for lobectomy and pneumonectomy. The first, for lobectomy, was : $FEV_{1\text{ POSTOP.}} = 0,00211 + 0,896660 \times FEV_{1\text{ PREOP.}}$ and the second for pneumonectomy was : $FEV_{1\text{ POSTOP.}} = 0,145 + 0,65318 \times FEV_{1\text{ PREOP.}}$

Conclusion: We conclude that our formulas are a reliable method for predicting postoperative respiratory function of the patients with lung cancer.

Key words : FEV_1 , lobectomy, lung cancer, pneumonectomy

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jemal, A, Thomas, A, Murray, T, et al (2002) Cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 52,23-47
2. Romano PS, Mark DH. Patient and hospital characteristics related to in-hospital mortality after lung cancer resection. Chest. 1992;101(5):1332-7.
3. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncol. 2001;2(9):533-43. Review.
4. Welcker K, Marian P, Thetter O, Siebeck M. Cost and quality of life in thoracic surgery - a health economic analysis in a German center. Thorac Cardiovasc Surg. 2003;51(5):260-6.
5. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM; American College of Chest Physicians. The physiologic evaluation of patients with lung cancer being considered for resectional surgery. Chest. 2003;123 (1 Suppl):105S-14S.
6. Busch E, Verazin G, Antkowiak JG, Driscoll D, Takita H. Pulmonary complications in patients undergoing thoracotomy for lung carcinoma. Chest. 1994;105(3):760-6.
7. Schipper H, et al: Measuring the quality of life of cancer patients : the functional living index-cancer:development and validation.J Clin Oncol 1984; 2:472-483.
8. Juhl B, Frost N: A comparison between measured and calculated changes in the lung function after operation for pulmonary cancer. Acta Anaesth Scand 1975;57(Suppl):39-45.
9. Bolliger CT, Perruchoud AP. Functional evaluation of the lung resection candidate. Eur Respir J 1998;11:198-212.
10. Ruckdeschel JC. Therapeutic options for the treatment of small cell and non-small cell lung cancer. Cur Opin Oncol 1993;5:323- 334.
11. Bernard A, et al. Identification of prognostic factors determining risk groups for lung resection. Ann Thoracic Surg 2000; 70: 1161-7.
12. Miller, JJ, Jr Physiologic evaluation of pulmonary function in the candidate for lung resection. Thorac Cardiovasc Surg 1993;105:347-351
13. BTS guidelines: guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery. Thorax 2001;56:89-108
14. Markos, J, Mullan, BP, Hillman, DR, et al :Preoperative assessment as a predictor of mortality and morbidity after lung resection. Am Rev Respir Dis 1989;139:902-910.
15. Arroliga A, Buzaid A, Matthey R: Which patients can safely undergo lung resection? J Respir Dis 1991;12:1080-1086.
16. Cetindag IB, Olson W, Hazelrigg SR: Acute and chronic reduction of pulmonary function after lung surgery. Thorac Surg Clin 2004;(14):317-323.
17. Ali MK, Mountain CF, Ewer MS, et al: Predicting loss of pulmonary function after pulmonary resection for bronchogenic carcinoma. Chest 1980;77:337-342.
18. Wood DE: Preoperative assessment of the thoracic surgery patient. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2001;13:2:90-91.
19. Kristenson S, Lindell SE, Svanberg L: Prediction of postpneumonectomy pulmonary function loss due to pneumonectomy using 133 Xe radiosprometry. Chest 1972;62:964-968.
20. Olsen GN, Block AJ, Tobias JA: Prediction of postpneumonectomy pulmonary function using quantitative macroaggregate lung scanning. Chest 1974;66:13-16.
21. Wernly J, DeMeester T, Kirchner P, et al: Clinical value of quantitative ventilation-perfusion lung scans in the surgical management of bronchogenic carcinoma. J thorac Cardiovasc Surg 1980;80:535-543.
22. Zeicher B G, Gross TJ, Kern JA, Lanza LA, Peterson MW: Predicting postoperative pulmonary function in patients undergoing lung resection. Chest 1995;108:68-72.

Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ MERKEL: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ.

ΚΤΕΝΙΑΔΑΚΗΣ ΣΤ.,¹ ΚΟΥΜΕΝΤΑΚΗΣ ΕΥΘ¹, ΨΑΡΑΚΗΣ Μ.¹, ΙΕΡΟΜΟΝΑΧΟΥ Π.²,

ΓΩΝΙΑΝΑΚΗΣ Κ.¹, ΒΕΛΕΓΡΑΚΗΣ Μ.¹

1.Β'ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

2.ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο γενικό πληθυσμό το καρκίνωμα Merkel(MCC) είναι ένας πολύ σπάνιος πρωτοπαθής νευροενδοκρινής δερματικός όγκος , ιδιαίτερα υψηλής κακοήθειας . Ο όγκος αυτός έχει την τάση να υποτροπιάζει τοπικά , να παρουσιάζει ταχύτατα λεμφαδενικές διηθήσεις και απομακρυσμένες μεταστάσεις.Η θεραπεία του είναι κυρίως χειρουργική, αλλά εξατομικεύεται ανάλογα με την εντόπιση και την κλινική εικόνα. Παρουσιάζουμε δύο περιπτώσεις που διαπιστώθηκαν στο Τμήμα μας το 2005 σε σύνολο ένδεκα περιπτώσεων που έχουν αντιμετωπιστεί στο Νοσοκομείο μας τα τελευταία 10 χρόνια.

Key words: Merkel Cell Carcinoma (MCC), νευροενδοκρινικός όγκος δέρματος,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όγκος Merkel (Merkel Cell Carcinoma) είναι ένας ασυνήθης, υψηλής κακοήθειας πρωτοπαθής νευροενδοκρινής όγκος του δέρματος που εντοπίζεται συνήθως στο λαιμό, το κεφάλι και τα άκρα ηλικιωμένων κυρίως ασθενών. Μέχρι στιγμής στην παγκόσμια βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί 2000 περιπτώσεις MCC,αλλά ο αριθμός τους αυξάνεται καθώς αυξάνεται η δυνατότητα ταυτοποίησής τους .

Η τυπική εκδήλωση του είναι ως ένας ταχέως αναπτυσσόμενος , μονήρης πυραμοειδούς σχήματος δερματικός όζος ερυθρού ή ιώδους χρώματος διαφόρου

μεγέθους.

Προκειται για ένα ιδιαίτερα επιθετικό νεόπλασμα που παρουσιάζει υψηλή συχνότητα τοπικής υποτροπής (12-75%), επέκταση σε γειτονικούς λεμφαδένες(17-76%) και απομακρυσμένες μεταστάσεις (12-50%).

Η θνησιμότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή καθώς το ποσοστό 3τους επιβίωσης για τους άνδρες είναι 36% ενώ για τις γυναίκες 68%.

Οι αιτιοπαθολογικοί παράγοντες της νόσου δεν είναι γνωστοί . Γενικά αναφέρονται κάποιες περιπτώσεις ασθενών που έλαβαν ανοσοκατασταλτική θεραπεία προκειμένου να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνων.Η έκθεση σε αρσενικό φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο, ενώ υπό διερεύνηση τίθεται ο ρόλος της ηλιοέκθεσης καθώς η κύρια εντόπιση της νόσου είναι το πρόσωπο, η κεφαλή και τα άκρα. Επίσης αναφέρονται περιπτώσεις ασθενών μετά από ακτινοθεραπεία ή με άλλη ανοσοκατασταλτική νόσο.

Η θεραπεία της νόσου είναι η χειρουργική εξαίρεση του όγκου επί υγιών ορίων ενώ η χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία προσφέρουν πενιχρά αποτελέσματα ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται σε όγκους που δεν είναι εξαιρέσιμοι.

Στο Τμήμα μας πρόσφατα αντιμετωπίστηκαν δυο ασθενείς με MCC. Πραγματοποιήθηκε μια αναδρομή στα αρχεία ασθενών του Παθολογοανατομικού εργαστηρίου του Νοσοκομείου μας και γίνεται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

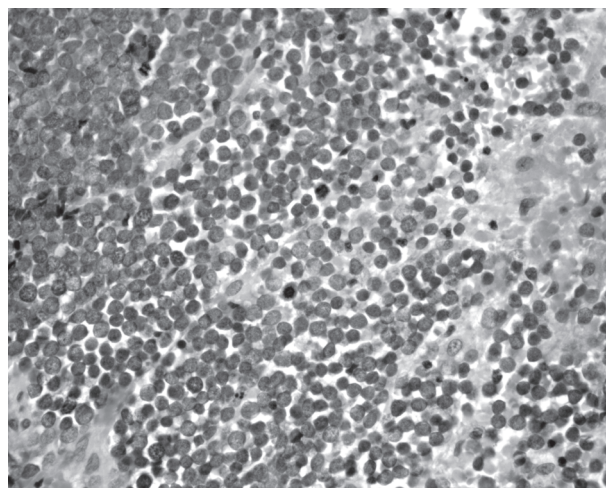
Ο πρώτος ασθενής ήταν άνδρας 78 ετών που προσήλθε με εικόνα ερυθρόφαιου όζου διαστάσεων 2Χ1εκ περίπου με ανώμαλα όρια που εντοπιζόταν στη ραχιαία επιφάνεια της δεξιάς άκρας χειρός . Πραγματοποιήθηκε αφαίρεση του ατρακτοειδώς και το παρασκεύασμα εστάλη για ιστοπαθολογική εξέταση

η οποία αποκάλυψε ότι επρόκειτο για κακοήθες νεόπλασμα τύπου Merkel (Εικόνα1). Συγκεκριμένα η ιστοπαθολογική εξέταση ανέφερε ότι παρατηρούνται ευμεγέθη κύτταρα με βασίφιλο πυρήνα και λίγο κυτταρόπλασμα, με άφθονες πυρηνοκίνησιες ενώ η ιστοχημεία του όγκου παρουσιάζει Pancyt, Cyt20(+), με κοκκιώδη κατανομή, CD56(+), LSA(-), Desmin(-). Ακολούθησε επικοινωνία με τον ασθενή ο οποίος προσήλθε τελικώς δύο μήνες μετά την αφαίρεση του μορφώματος με εικόνα τοπικής υποτροπής στα όρια εκτομής η οποία και αφαιρέθηκε σε όρια 2,5 εκ εκατέρωθεν της βλάβης και σε βάθος έως το χόριο. Λόγω της συχνής συνύπαρξης με άλλο πρωτοπαθή όγκο ακολούθησε απεικονιστικό έλεγχο με spiral CT θώρακος και κοιλίας ο οποίος απέβη αρνητικός ενώ ο ασθενής αφότου ενημερώθηκε ο ίδιος και το οικογενειακό περιβάλλον για τη φύση της νόσου αρνήθηκε περαιτέρω έλεγχο ή ογκολογική αντιμετώπιση. Σήμερα, οκτώ μήνες μετά, σε τηλεφωνική επικοινωνία δεν ανέφερε κάποιο πρόβλημα υγείας.

Ο δεύτερος ασθενής ήταν άνδρας 85 ετών, προσήλθε με εικόνα ακανόνιστου λευκόφαιου επάρματος κοιλιακής χώρας μέσης διαμέτρου 0,7εκ.. Πραγματοποιήθηκε ατρακτοειδής εκτομή και το παρασκευάσμα εστάλη για ιστολογική εξέταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι και τα δυο περιστατικά είχαν περιγραφεί ως θηλώματα χωρίς υποψία κακοήθειας ενώ εμφανίστηκαν και τα δυο σε διάστημα δυο μηνών. Το αποτέλεσμα της μικροσκοπικής ιστοπαθολογικής εξέτασης απέδειξε καρκίνωμα Merkel ενώ η ανοσοϊστοχημεία της νόσου παρουσίασε Ker 20+, AE1, AE3 στικτή χρώση, CD56(+), NSE(+), Chromographin(+), TTF1(-). Ενημερώθηκε τηλεφωνικά το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς χωρίς μέχρι τώρα να καταστεί δυνατό να ελεγχθεί ο ασθενής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο όγκος πρωτοπεριγράφηκε από τον Toker το 1972¹ ως trabecular carcinoma. Προέρχεται από τα κύτταρα Merkel. Περίπου 2000 περιπτώσεις^{2,3} έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία με μια εκτιμώμενη επίπτωση της τάξης του 0,16 σε 100000 ασθενείς. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 68 έτη ενώ εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες με σχέση 5:1 με τις γυναίκες. Η ηλικία των ασθενών έχει αναφερθεί ότι ποικίλλει από 15-97 ετών με μέση ηλικία εμφάνισης τα 67,9 έτη^{5,7}. Στο 47-50% των περιπτώσεων αφορά το λαιμό και την κεφαλή ενώ στο 40% τα άκρα και 8% τον κορμό. Σε μικρό ποσοστό 2-5% δεν ανευρίσκεται η πρωτοπαθής



Εικόνα 1. Παρατηρούνται μεγάλα νεοπλασματικά κύτταρα με ευμεγέθη Υποστρόγγυλο πυρήνα και ελάχιστο κυτταρόπλασμα.

εστία^{2,3,4}. Αν και σπάνιος όγκος αποτελεί τον πλέον κακοήγη πρωτοπαθή δερματικό όγκο³

Ο όγκος εμφανίζεται συχνά σε ανοσοκατασταλμένους^{15,4,16} ασθενείς, σε ασθενείς με άλλη κακοήθεια κυρίως στο παχύ έντερο ή στους πνεύμονες, σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ακτινοβολία, ανοσοκατασταλτική θεραπεία προκειμένου να ακολουθηθεί μεταμόσχευση ήπατος ή νεφρού καθώς και σε κολλαγονώδεις νόσου, ενώ έχουν περιγραφεί πέντε περιπτώσεις σε ασθενείς με HIV λοίμωξη.

Εμφανίζεται κυρίως ως μονήρης, υπόσκληρης σύστασης, μη ευαίσθητος, ερυθρός προς ερυθροϊώδης όζος αν και συχνά εμφανίζεται παραμελημένος ως ελκωτική ευμεγέθης βλάβη. Ο όζος αυξάνεται ταχέως σε διαστάσεις μέσα σε εβδομάδες ή μήνες.^{2,3}

Είναι ένας ιδιαίτερα επιθετικός όγκος και είναι παρόμοιος σε πολλές του ιδιότητες με το κακόηθες μελάνωμα καθώς επιδεικνύει υψηλή πιθανότητα τοπικής υποτροπής (12-75%), λεμφαδενικής διήθησης (17-76%) και απομακρυσμένης μετάστασης (12-50%)^{4,5,6}. Το MCC παρουσιάζει υψηλή θνητότητα καθώς η τριετής επιβίωση για τους άνδρες είναι 36% ενώ για τις γυναίκες 68%. Οι πιο συχνές θέσεις μετάστασης είναι οι λεμφαδένες (27%), το ήπαρ (13%), οι πνεύμονες 10%, τα οστά 10% και ο εγκέφαλος 6%^{3,6} και μόνο 4 περιπτώσεις με επέκταση στο παχύ έντερο³

Υπάρχουν ορισμένες εργασίες που ανεβάζουν το ποσοστό 5ετούς θνησιμότητας⁸ στο 74% αλλά αφορά μια μόνο περίπτωση.

Αυτός ο νευροενδοκρινικός όγκος εντοπίζεται στη δερμίδα και μπορεί να διηθεί το υποδόριο. Μικροσκοπικά αποκαλύπτεται με ένα αριθμό

ομοιόμορφων μικρών βασεόφιλων σκουρόχρωμων κυττάρων με στρογγυλό πυρήνα και εμφανώς κοκκώδη χρωματίνη και μεγάλο αριθμό μιτωτικών διαιρέσεων. Πυρηνίσκοι δεν ανευρίσκονται. Η ανοσοιστοχημεία του όγκου υποδεικνύει συνήθως δείκτες επιθηλιακής και νευροενδοκρινούς διαφοροποίησης, που περιλαμβάνουν τις κυτοκίνες 18 και 20, ενολάση, χρωμογραφίνη Α και παράγωγα πρωτεΐνης 9.5.

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Η χειρουργική εξαίρεση του όγκου αποτελεί και την κύρια θεραπευτική επιλογή. Υποστηρίζεται ότι η ταχεία επέμβαση και ευρεία εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης.⁹ Ευρεία χειρουργική εκτομή με απόσταση 2.5-3 εκατοστά από τον όγκο συστήνεται από όλες τις αναφορές.^{5,7,9} Το δεδομένο αυτό υποστηρίζεται και από τον Yienpruksawan¹⁰ όπου σε ασθενείς με όρια εκτομής <3εκ αναπτύχθηκαν τοπικές υποτροπές στο 20% ενώ σε ασθενείς με όρια εκτομής >3εκ δεν αναφέρεται καμμία υποτροπή. Ακόμα καλύτερα αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν με τη μικρογραφική χειρουργική (MX) του Mohs (Mohs' micrographic surgery)^{11,5} καθώς αναφέρεται ότι από τους δώδεκα ασθενείς, τέσσερις ασθενείς ανέπτυξαν τοπική νόσο ενώ οκτώ ασθενείς με Mohs' MX και ακτινοθεραπεία δεν παρουσίασαν υποτροπή σε διάστημα ενός έτους. Το μεγάλο πλεονέκτημα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η δυνατότητα περιορισμού των ορίων εκτομής στο 1,5εκ, ιδιαίτερα χρήσιμο σε ηλιοεκτεθειμένες περιοχές και ιδιαίτερα στο πρόσωπο.

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται ότι βοηθά θεραπευτικά και παρηγορητικά. Ο Meeuwissen.¹² υποστήριξε σε αναδρομική μελέτη ότι 80 ασθενών, ότι το 100% που υποβλήθηκε σε χειρουργική εκτομή μόνο, παρουσίασε υποτροπή ενώ υποτροπή παρουσιάστηκε στο 30% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με χειρουργική και ακτινοθεραπεία. Το μέσο διάστημα υποτροπής ήταν για την πρώτη ομάδα 5,5 μήνες, ενώ για τη δεύτερη ομάδα 16,5 μήνες. Το σχήμα που προτείνεται είναι 4500 με 5000 centigrays σε 25-30 συνεδρίες μετά από χειρουργική εκτομή σε υγιή όρια.

Λόγω της σπανιότητας της νόσου δεν είναι δυνατόν να υπάρξουν τυχαίοποιημένες μελέτες^{5,13,14} με αποτέλεσμα η χημειοθεραπεία να στηρίζεται σε γνωστά χημειοθεραπευτικά όπως cisplatin, etoposide, doxorubicin, procarbazine και άλλα γνωστά χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Ο Sharma.¹³ υποστηρίζει ότι σε 26 ασθενείς με χρήση δοξορουμπικίνης και κυκλοφωσφαμίδης αναφέρεται ποσοστό 38% ολικής και

30% μερικής ανταπόκρισης.

Είναι φανερό πώς ο σπάνιος αυτός κακοήθης όγκος θα είναι μια νοσολογική οντότητα που θα συνεχίσει να μας απασχολεί λόγω της αυξανόμενης επίπτωσης του και της επιθετικότητας του. Η γρήγορη και ακριβής διάγνωση του καθώς και η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση του σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία κατά πρώτο λόγο και χημειοθεραπεία, προσφέρουν την καλύτερη αντιμετώπιση της κακοηθέστατης αυτής νόσου.

SUMMARY

MERKEL CARCINOMA : A RARE CLINICAL ENTITY

KTENIADAKIS S, KOUMENTAKIS E, PSARAKIS M,
IEROMONAHOU P., GONIANAKIS K., VELEGRAKIS M.

Merkel carcinoma represents, in the general population, a very rare primary neuroendocrine tumor of very high malignancy. This tumor has the tendency to local recurrence, to present node infiltration and to metastasize rapidly. Surgery is the main therapeutic approach but the treatment should be individualized depending on the clinical data. We present two cases from our Department in 2005 in total of 11 cases in our hospital over the last 10 years.

Key words: Merkel Cell carcinoma (MCC), neuroendocrine skin tumor.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tokier C. Trabecular carcinoma of skin. Arch derm 1972;105:17-110.
2. Goesling W, McKee P, Mayer J, Merkel Cell Carcinoma, J Clin Oncol 2002; 20:588-98.
3. Clarke L. Metastatic Merkel cell carcinoma masquerading as colon cancer. Gastr Endoscopy Vol60, No 5, 2004, 856-858.
4. Calza L, Beltrami R, Manfredi R, Colangeli V, Freo E, Chiodo F Case report: Merkel cell carcinoma in human immunodeficiency virus-infected patient. Br J Dermat Vol 146, Issue 5, May 2002, 895-899.
5. Gollard R, Weber R, Kosty M, Greenway H, Massullo V, Humberson C. Merkel Cell carcinoma, Review of 22 Cases with Surgical, Pathologic and Therapeutic Considerations. Cancer April 15, 2000, Vol88, No8, 1842-1851.
6. Pergolizzi J, Sardi A, Pelczar M, Conaway GL. Merkel cell carcinoma : an aggressive malignancy. Am Surg 1997;63:450-4.
7. Hitchcock CL, Bland KI, Laney RG III, Franzini D, Harris B, Copeland EM III. Neuroendocrine (merkel cell) carcinoma of the skin: its natural history, diagnosis and treatment. Ann Surg 1988;207:201-7.
8. Allen PJ, Zhang ZF, Coit DG. Surgical management of Merkel cell carcinoma. Ann Surg 1999; 229:97-105.
9. Hanke C, Conner A, Temofeew RK, Lingeman RE, Merkel Cell Carcinoma. Arch Derm 1989;125:1096-1100.
10. Yienpruksawan A, Coit DG, Thaler HT, Urmacher C, Knapper WK, Merkel Cell carcinoma. Prognosis and management Arch Surg 1991;126:1514-1519.
11. O'Connor WJ, Roenigk RK, Broadland DG. Merkel cell carcinoma:

- Comparison of Mohs Micrographic surgery and wide excision in eighty-six patients. *Dermatol Surg* 1997;23:929-933.
12. Meeuwissen A, Bourne RG, Kearsley JH. The importance of postoperative radiation therapy in the treatment of Merkel Cell carcinoma. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 1995;31:325-31(ab)
13. Sharma D, Flora G, Grunberg S. Chemotherapy of metastatic Merkel Cell Carcinoma: case report and review of the literature. *Am J Clin Oncology*, 1991;14: 166-169.
14. Ferrau F, Micalli G, Guitart J., Merkel Cell carcinoma of the scalp: Dramatic resolution with primary chemotherapy. *J Am Acad Derm* 1994;31-271-2.
15. Urbatsch A, Sams M, Urist MM et al. Merkel Cell carcinoma occurring in renal transplant patients *J Am Acad Derm* 1999;41:289-91.
16. Akhtar S, Oza KK, Wright J., Merkel cell carcinoma: report of 10 cases and review of the literature. *Am Acad Derm*. 2000; Nov, 43(5 Part I): 755-767.

ΚΑΛΟΗΘΕΣ SCHWANNOMA (ΝΕΥΡΙΛΕΙΜΜΩΜΑ) ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ζ. ΤΖΗΜΟΡΩΤΑ ¹, Γ. ΤΑΓΑΡΑΚΗΣ ¹, Μ. ΒΑΡΕΛΗ ¹, Γ. ΣΑΜΑΝΙΔΗΣ ², Ν. ΜΠΑΡΜΠΕΤΑΚΗΣ ²,
Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ⁴, Π. ΞΗΡΟΥ ³, Γ. ΧΡΥΣΑΦΗΣ ¹

1. Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Α.Ν.Θ., 2. ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Α.Ν.Θ.,
3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Α.Ν.Θ., 4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Γ.Ν.Ν.Δ. (ΓΕΝ. ΝΟΜΑΡΧ. ΝΟΣ. ΔΡΑΜΑΣ)
ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς γυναίκας 60 ετών με πολυποειδές μόρφωμα στο σώμα του στομάχου. Αποδείχθηκε ότι επρόκειτο για καλόηθες schwannoma (νευριλείμωμα). Επισημαίνεται η αρχική συμπτωματολογία, η διαγνωστική προσέγγιση, τα ανοσοϊστοχημικά χαρακτηριστικά του ανωτέρω όγκου καθώς και η στρατηγική αντιμετώπισης.

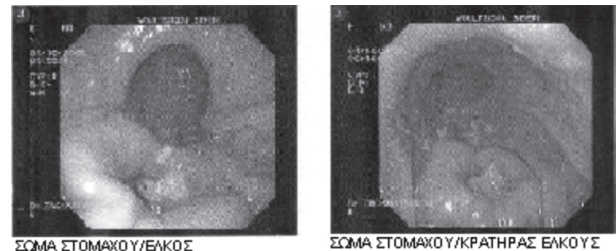
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το καλόηθες schwannoma (νευριλείμωμα) του στομάχου αποτελεί σπάνιο όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Αποτελεί το 0,2% του συνόλου των όγκων του στομάχου και το 0,4% του συνόλου των καλοήθων όγκων αυτού (5). Ιστολογικά ανήκει στους μεσεγχυματογενείς όγκους και προέρχεται από τα κύτταρα Schwann, από τα οποία σχηματίζεται το έλυτρο μυελίνης των νευρικών ινών. Παρουσιάζεται περίπτωση νευριλειμώματος στην περιοχή του στομάχου σε ασθενή ηλικίας 60 ετών λόγω της σπανιότητάς του.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 60 ετών, εισήχθη στην κλινική μας για διερεύνηση δυσπεπτικών ενοχλημάτων. Παρουσίαζε ανάρροια υγρών, όξινες αναγωγές, μηρυκασμό και

οπισθοστερνική καυσalgία κατά τον τελευταίο μήνα. Κατά τη γαστροσκόπηση διαπιστώθηκε πολυποειδές μόρφωμα του σώματος του στομάχου διαμέτρου 4 cm, με κρατήρα έλκους 1,5 cm καθώς και διάχυτη ερυθματώδης γαστροπάθεια (εικ 1). Εκ του λοιπού παρακλινικού ελέγχου (αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, θώρακος και εγκεφάλου) δεν προέκυψαν στοιχεία πιθανών δευτεροπαθών εντοπίσεων.



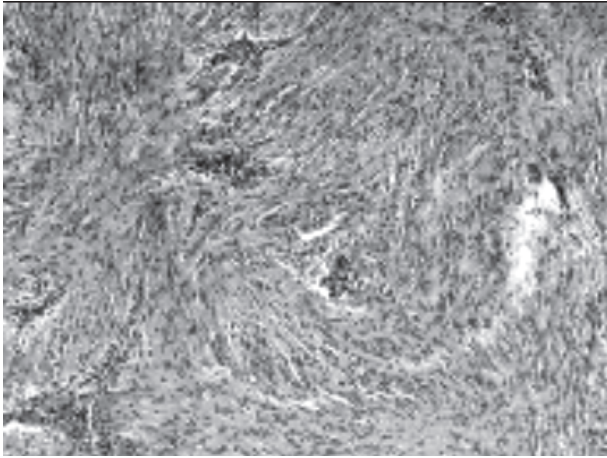
Εικ. 1 Εικόνες από γαστροσκόπηση

Η παθολογοανατομική εξέταση μετά από βιοψία του μορφώματος κατέδειξε αλλοιώσεις χρόνιας γαστρίτιδας με σύγχρονη παρουσία του *Helicobacter pylori* στον γαστρικό βλεννογόνο.

Μετά από δύο εβδομάδες συντηρητικής θεραπείας η ασθενής δεν παρουσίασε καμία βελτίωση, ενώ στα συμπτώματα προστέθηκαν και δύο επεισόδια αιματεμέσεων.

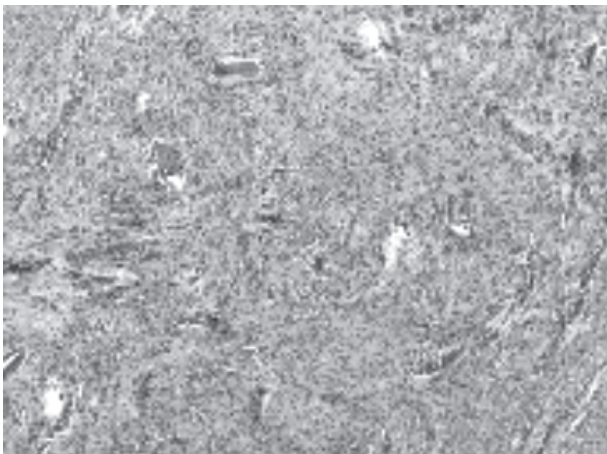
Ακολούθησε η διενέργεια ερευνητικής λαπαροτομίας και μετά την ανεύρεση του όγκου στην προπυλωρική μοίρα του στομάχου, η ασθενής υποβλήθηκε σε υφολική γαστρεκτομή, γαστεντερο-αναστόμωση και εντεροεντεροαναστόμωση κατά Brown. Η μετεγχειρητική πορεία της ήταν ομαλή και εξήλθε την 10^η μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη γενική κατάσταση.

Μακροσκοπικά, κατά τη διάνοιξη του στομάχου, ανευρίσκεται όγκος υποστρόγγυλου σχήματος, περιγράφτος, πολυποειδής όγκος διαμέτρου 5,5 cm με

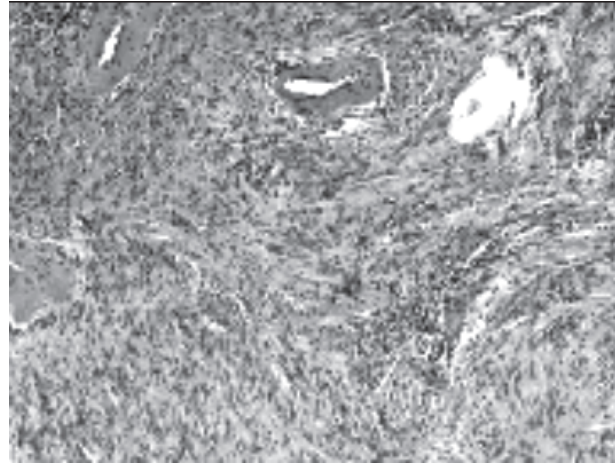


Εικ.2 Κυτταροβριθείς ατρακτοκυτταρικό νεόπλασμα (H-E x 100)

δεσμιδωτή όψη, υπόλευκη χροιά και ινοελαστική σύσταση, σε απόσταση 2 cm από το χειρουργικό χείλος εκτομής του σώματος του στομάχου και αντίστοιχα προς το μείζον τόξο και το πρόσθιο τοίχωμα αυτού. Η ιστολογική εξέταση από τον όγκο κατέδειξε νεοπλασματική εξεργασία που αναπτυσσόταν στο τοίχωμα του στομάχου (υποβλεννογόνιος, μυικός, υπορογόνιος) και καλυπτόταν επιφανειακά από γαστρικό βλεννογόνο με κεντρική εξέλκωση. Ειδικότερα αποτελούνταν από νεοπλασματικά κύτταρα, που διατάσσονταν σε ακανόνιστα διαπλεκόμενες δεσμίδες ή στροβιλοειδείς σχηματισμούς (εικ 3), ήταν ατρακτοειδούς σχήματος με ηωσινόφιλο κυταρόπλασμα (εικ 2). Τα κύτταρα παρουσίαζαν επιμήκεις πυρήνες με αμβλέα άκρα και κατά θέσεις λίγες διάσπαρτες πυρηνοκινήσεις. Στο στρώμα του όγκου παρατηρούνταν εστίες υαλοειδοποίησης και σπάνιες αποτιτανώσεις, όπως και ποικίλου μεγέθους αγγεία με υαλοειδή πάχυνση του τοιχώματος τους (εικ 4).



Εικ.3 Διαπλεκόμενες δεσμίδες ατρακτοειδών κυττάρων με επιμήκεις πυρήνες (H-E x 200)



Εικ.4 Αγγεία με υαλοειδή πάχυνση του τοιχώματος (H-E x 200)

Ανοσοϊστοχημικά τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν θετικά στην πρωτεΐνη S-100, ενώ ήταν αρνητικά στο CD-117 (c-kit), στο CD-34, στη δεσμίνη και την ακτίνη των λείων μυϊκών ινών. Όλα τα ανωτέρω στοιχεία συνηγορούσαν υπέρ της διάγνωσης του νευριλεϊμώματος.

Η ασθενής 12 μήνες μετά την επέμβαση είναι σε άριστη γενική κατάσταση και παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το νευριλεϊμωμα αποτελεί σπάνιο καλοήγη όγκο του στομάχου. Οι συχνότεροι καλοήγητες όγκοι του στομάχου παρουσιάζονται στον πίνακα I (1).

Το καλόγητες schwannoma ανήκει στους μεσεγχυματογενείς όγκους και εξαιρετικά σπάνια εντοπίζεται στον στόμαχο. Ανήκει στους όγκους των περιφερικών νεύρων και απαντά σε όλες τις ηλικίες και κυρίως μεταξύ 20 και 50 ετών. Εντοπίζεται σε οποιοδήποτε νεύρο, αλλά κατά προτίμηση απαντά στην κεφαλή και στις καμπτικές επιφάνειες των άνω και κάτω άκρων (2). Όταν εντοπίζεται στο γαστρεντερικό προέρχεται πιθανότατα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (Α.Ν.Σ.) (4). Έχει περιορισμένη συσχέτιση με την νόσο του von Recklinghausen και σπάνια υφίσταται κακοήγη εξαλλαγή (2).

Κακοήγη εξαλλαγή υφίστανται κυρίως τα νευρινώματα (2). Υπάρχουν ωστόσο περιστατικά νευριλεϊμωμάτων στην διεθνή βιβλιογραφία που υπέστησαν κακοήγη εξαλλαγή είτε με τη μορφή κακοήθων όγκων των περιφερικών νεύρων (MPNST), είτε με τη μορφή αγγειοσαρκώματος (3,6). Μάλιστα το καλόγητες schwannoma, όταν εξαλλάσσεται, έχει την τάση να αποκτά επιθηλιοειδή κυτταρομορφολογία,

Πίνακας I

Οι συχνότεροι καλοήθεις όγκοι του στομάχου

Πολύποδες 75-90%	Φλεγμονώδεις
	Αμάρτωματώδεις
	Μεταπλαστικοί-υπερπλαστικοί
	Νεοπλασματικοί ή αδενωματώδεις
Λειομύωματα 25%	
Νευρογενείς όγκοι 4%	Νευριλείμωμα (schwannoma)
	Νευρίνωμα

πράγμα για το οποίο δεν υπάρχει προς το παρόν εξήγηση (6). Σε περίπτωση εξαλλαγής, μεταστάσεις δύναται θεωρητικά να δώσει τόσο τοπικές, όσο και απομακρυσμένες σε όλο το σώμα, όπου υπάρχει νευρικός ιστός (7).

Εξαιτίας της υποβλεννογόνιας εντοπίσεως των νευριλεμωμάτων οι βιοψίες που λαμβάνονται κατά τη γαστροσκόπηση, σε μεγάλο ποσοστό, δεν είναι επαρκείς και αξιόπιστες για τη διάγνωση των όγκων αυτών (9,10). Η λήψη βιοψιών, κατά τη γαστροσκόπηση, κατευθυνόμενες με ενδοσκοπικό υπερηχοτομογράφο μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να διευκολύνει την προεγχειρητική διάγνωση (9,15). Σημαντική επίσης είναι η συνεισφορά της αξονικής τομογραφίας στη διάγνωση των νευριλεμωμάτων, καθώς η ομοιογένεια ή ανομοιογένεια στη σύσταση του όγκου μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για την ύπαρξη εδάφους κακοήθειας, πάντα στα χέρια ενός έμπειρου ακτινολόγου (8).

Στην πλειοψηφία τους τα νευριλεμώματα διαγιγνώσκονται διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά με τη βοήθεια της παθολογοανατομικής εξέτασης του παρασκευάσματος (10). Η θεραπεία λοιπόν για το καλόηθες schwannoma είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό χειρουργική όχι μόνο για να τεθεί η διάγνωση, αλλά και για να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν επιπλοκές όπως είναι η αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού και η διάτρηση του στομάχου (16). Εξάλλου δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι τα νευριλεμώματα, αν και καλοήθεις όγκοι, έχουν θνητότητα 4,4% (16).

Στις περιπτώσεις που η προεγχειρητική διάγνωση είναι εφικτή η εγχειρητική αντιμετώπιση, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, συνίσταται σε τοπική εκτομή του όγκου, εκπυρήνιση (11), ενδοσκοπική πολυτεκτομή (12) ή ακόμη λαπαροσκοπική εκτομή του όγκου με τη βοήθεια διεγχειρητικής ενδοσκοπήσεως (13,14).

Η υφολική ή ακόμη και ολική γαστρεκτομή επιβάλλεται στις περιπτώσεις που υπάρχει δυσκολία στη διάγνωση, όπως και στην υπόνοια κακοήθους εξαλλαγής (3,16).

Συμπερασματικά, το καλόηθες schwannoma ανήκει στους μεσεγχυματογενείς όγκους και εξαιρετικά σπάνια εντοπίζεται στον στόμαχο, μιμούμενο τη συμπτωματολογία των κακοήθων όγκων που συνήθως εντοπίζονται στην περιοχή αυτή, όπως παρατηρήθηκε στην περίπτωση μας. Ο ρόλος της παθολογοανατομικής εξέτασης είναι εξαιρετικά σημαντικός στην αντιμετώπιση και θεραπεία του καλοήθους αυτού όγκου.

SUMMARY**BENIGN GASTRIC SCHWANNOMA (NEURILEM-MOMA) PRESENTATION OF A CASE**

Z. TZIMOROTA, G. TAGARAKIS, M. VARELI, G. SAMANIDIS, N. BARBETAKIS, E. GEORGIU, P. XIROU, G. CHRISAFIS
THEAGENIO CANCER HOSPITAL, THESSALONIKI, GREECE

A case of a 60-year old woman with benign gastric schwannoma is presented. Clinical, pathological and immunohistochemical findings as well as diagnostic difficulties and choice of therapy are discussed.

Keywords: benign schwannoma, neurilemmoma, stomach

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εσωτερική Παθολογία Α.Π.Θ. Ι. Βακόλας Καλοήθη νεοπλασμάτα του στομάχου σελ. 604
2. Ειδική παθολογική ανατομική (Συστηματική Παθολογία) Κων/νος Σ. Παπαδημητρίου Όγκοι περιφερικών νεύρων σελ. 802-805
3. Intra-abdominal schwannoma. Diagnosis and surgical therapy Chirurg.1997 Feb;68(2):159-67
4. Gastric schwannoma - a clinicopathological analysis of six cases. Histopathology. 1995 Oct;27(4):355-60
5. Gastric schwannoma. J Chin Med Assoc. 2004 Nov;67(11):583-86
6. Expanding the spectrum of malignant change in schwannomas Am J Surg Pathol.2001 Jan;25(1):13-25
7. Gastric malignant schwannoma in a child. Br J Radiol. 1997 Sep;70(837):952-5
8. Benign schwannomas: pathologic basis for CT inhomogeneities. AJR Am J Roentgenol. 1986 Jul;147(1):141-3
9. Benign tumors of the stomach Rev Prat. 1997 Apr 15;47(8):868-72
10. Surgical treatment of gastric mesenchymal tumors Wiak Lek. 2004;57(1-2):25-28
11. Neurilemmoma of the stomach. Presentation of a case. Minerva Chir. 1990;45(13-14):969-72
12. Gastric schwannoma presenting as gastric polyp with gastrointestinal bleeding. Indian J Gastroenterol. 2002 Jan-Feb;21(1):31
13. Laparoscopic resection of solitary gastric schwannoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1997 Aug;7(4):257-63
14. Laparoscopic treatment of gastric stromal tumors. Surg Endosc. 2000 Jun;14(6):524-26
15. Gastric schwannoma. A case diagnosed by puncture biopsy. J Chir (Paris). 1992 Jun-Jul;129(6-7):317-9
16. Benign tumors in the upper gastrointestinal tract. Langenbecks Arch Chir. 1981;353(4):279-90

ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΙΝΩΔΕΣ ΙΣΤΙΟΚΥΤΤΩΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΛΙΑΠΑΚΗΣ ΙΕ¹, ΚΟΚΚΑΛΗΣ Γ¹, ΚΥΡΙΑΖΟΓΛΟΥ Ρ², ΛΕΚΚΑΣ Δ², ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Ν², ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ Γ¹, ΖΑΡΚΑΔΑΣ Γ¹, ΡΗΓΑΝΕΛΗΣ Π¹,
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α¹, ΚΡΕΤΣΗΣ Β¹

¹ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΆΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», ² ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΆΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα σαρκώματα των μαλακών μορίων συνιστούν ομάδα ετερογενών κακοήθων νεοπλασιών που η συχνότητα εμφάνισης τους αντιπροσωπεύει μόλις το 1% των κακοήθων παθήσεων στον ενήλικο πληθυσμό. Παρά την σπανιότητά τους, συνιστούν μία εξαιρετικά ενδιαφέρουσα νοσολογική οντότητα, καθώς η ποικιλομορφία των ιστολογικών τύπων τους, η εμφάνιση τους σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, η ανάγκη ορθής αξιολόγησης των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων καθώς και η υποχρεωτική εξατομίκευση της κατάλληλης για το κάθε περιστατικό θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματά τους.

Επιπρόσθετα, η ανάγκη για στενή συνεργασία πολλών ειδικών για την διάγνωση και θεραπεία τους αναδεικνύει τα σαρκώματα των μαλακών μορίων σε κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης στους ασθενείς ιατρικής περίθαλψης.

Οι σημαντικές πρόοδοι των τελευταίων χρόνων σ' όλους τους τομείς της ιατρικής, από την γενετική ανάλυση ως την μετεγχειρητική αποκατάσταση των ασθενών, συνέβαλαν σημαντικά τόσο στη διαλεύκανση πολλών ερωτημάτων σχετικά με την βιολογική συμπεριφορά αυτών των όγκων, όσο και στην εφαρμογή αποτελεσματικών για την κάθε περίπτωση θεραπευτικών μέσων.

Στο τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής του ΑΟΓΑγιος Σάββας νοσηλεύτηκαν 60 ασθενείς με κακοήθεις μεσεγχυματικούς όγκους την τελευταία 5ετία. Από αυτούς οι 5 παρουσίασαν κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα.

Στην εργασία αυτή, γίνεται παρουσίαση δύο περιστατικών με συμπληρωματική εκτομή υποτροπής κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος και κάλυψη του ελλείμματος, αντίστοιχα με την πλάγια γαστέρα του γαστροκνημίου και τον πλάγιο κρημό του βραχίονα

στηριζόμενο άπω. Παράλληλα, γίνεται ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας.

Λέξεις κλειδιά: σάρκωμα, κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα, κρημνός του γαστροκνημίου, κρημνός της πλάγιας επιφάνειας του βραχίονα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι που προέρχονται από τον εξωσκελετικό μεσεγχυματικό ιστό, εξαιρουμένου του σπλαχνικού και του λεμφοεπιθηλιακού, ορίζονται ως όγκοι των μαλακών μορίων. Κατατάσσονται ανάλογα με τον ιστό προέλευσής τους, όπως λίπος, μυς, ινώδης, αγγειακός, νευρικός ιστός [1]. Οι κακοήθεις όγκοι των μαλακών μορίων είναι σπάνιοι, συγκρινόμενοι με τα καρκινώματα ή με άλλα κακοήγη νεοπλασμάτα. Στις ΗΠΑ ετησίως διαγιγνώσκονται, περίπου, 6.000 σαρκώματα, που συνιστούν το 1%, περίπου, του συνόλου των κακοήθων νεοπλασιών [2].

Η παθογένεση των όγκων των μαλακών μορίων είναι, εν πολλοίς, άγνωστη, όπως συμβαίνει για την πλειονότητα των κακοήθων παθήσεων. Για μερικούς από αυτούς έχουν αναγνωρισθεί ενοχοποιητικοί παράγοντες, όπως η έκθεση στην ιοντίζουσα ακτινοβολία (μετακτινικά σαρκώματα) [3], χημικά καρκινογόνα (εντομοκτόνα που περιέχουν διοξίνη) [4], ιοί (μεγάλη συχνότητα σαρκώματος Kaposi στο AIDS) και γενετικοί παράγοντες (σαρκώματα σε περίπτωση νευροϊνωμάτωσης, ινώματα στο σύνδρομο Gardner) [5, 6, 7, 8].

Το κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα είναι ο συχνότερος κακοήθης όγκος των μαλακών μορίων στον ενήλικο πληθυσμό [9, 10], με συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης την 7η δεκαετία. Ο ιστολογικός τύπος του κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος θέτει, συχνά, πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από το πλειόμορφο λιποσάρκωμα ή το πλειόμορφο ραβδομυοσάρκωμα.

Όλοι οι τύποι του κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος εκδηλώνουν επιθετική βιολογική συμπεριφορά, με υψηλό ποσοστό υποτροπής και απομακρυσμένων μεταστάσεων στο 50%, περίπου, των περιπτώσεων (πνεύμονες, ήπαρ, οστά σπλήνας). Η πενταετής επιβίωση εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και το grade [11].

Στην εργασία παρουσιάζονται οι περιπτώσεις δύο ασθενών, ο πρώτος με κακοήθες ινώδες ιστιοκύττωμα στην ΔΕ ιγνυακή χώρα και ο δεύτερος στη πρόσθια έξω επιφάνεια του ΔΕ αγκώνος και γίνεται ευρεία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η αποκατάσταση των ελειμμάτων μετά τις ευρείες εκτομές έγινε με έμμισχους μυϊκούς κρημνούς.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

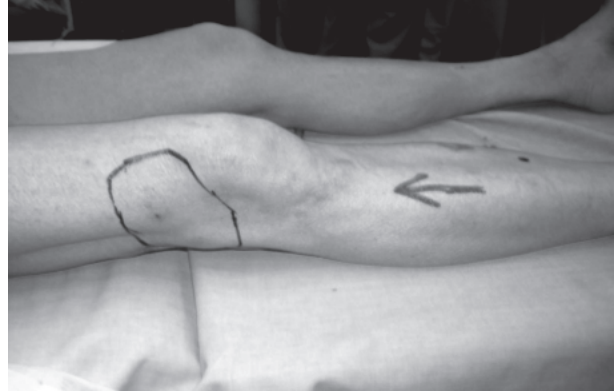
Α. Μεγάλο ιστικό έλλειμμα από συμπληρωματική εκτομή κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος στην περιοχή του γόνατος – ιγνυακή χώρα (ΔΕ) και κάλυψη του ελλείμματος με την έσω κεφαλή του σύστοιχου γαστροκνημίου μυός.

Ασθενής 73 ετών προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Ορθοπεδικής Κλινικής με ευμεγέθη μόρφωμα στην περιοχή του δεξιού γόνατος στην ιγνυακή χώρα επί παλαιάς χειρουργικής τομής. Ο έλεγχος που έγινε με FNA-κυτταρολογική εξέταση, κατέδειξε υποτροπή κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος. Ο έλεγχος με σπινθηρογράφημα οστών ήταν αρνητικός για δευτερογενείς εντοπίσεις στα οστά. Ο έλεγχος με CT γόνατος έδειξε μικρά οζίδια στην περιοχή της πρόσθιας έξω επιφάνειας του δεξιού μηρού-γόνατος και τα υποκείμενα οστά ήταν ελεύθερα διηθήσεως. Υπεβλήθη σε αφαίρεση όγκου μαλακών μορίων και αποκατάσταση με την πλάγια κεφαλή του σύστοιχου γαστροκνημίου μυός (εικόνα 1). Η πορεία του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και ένα χρόνο μετά την επέμβαση ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου συστηματικής ή τοπικής.

Β. Μεγάλο ιστικό έλλειμμα από συμπληρωματική εκτομή κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος στην περιοχή του αγκώνα (ΔΕ) και κάλυψη του ελλείμματος με άπω στηριζόμενο πλάγιο κρημνό του σύστοιχου βραχίονα.

Ασθενής 65ετών προσήλθε στα εξωτερικά Ιατρεία της Ορθοπεδικής Κλινικής με ευμεγέθες μόρφωμα στην περιοχή της έσω επιφάνειας του πήχews δεξιά. Η FNA που έγινε, κατέδειξε υποτροπή κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος. Η αρχική αφαίρεση είχε πραγματοποιηθεί το 2002. Ο έλεγχος που έγινε με σπινθηρογράφημα οστών ήταν αρνητικός για δευτερογενείς εντοπίσεις στα οστά. Ο έλεγχος με

Εικόνα 1. Μεγάλο ιστικό έλλειμμα από συμπληρωματική εκτομή κακοήθους ινώδους ιστιοκυττώματος στην περιοχή του γόνατος – ιγνυακή χώρα (ΑΡ) και κάλυψη του ελλείμματος με την πλάγια κεφαλή του σύστοιχου γαστροκνημίου μυός.



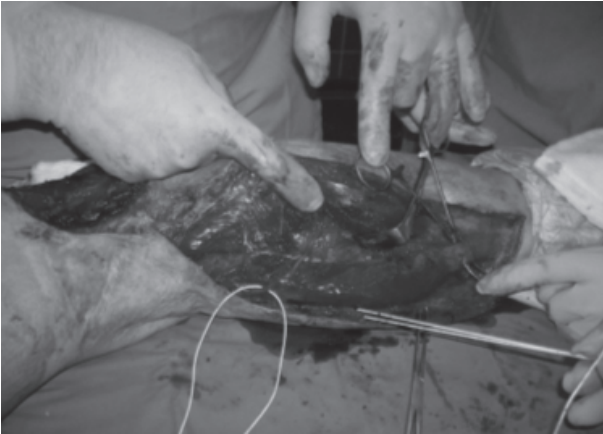
Υποτροπιάζων κακοήθες ιστιοκύττωμα έξω επιφάνειας γόνατος



Έσω και έξω κεφαλές γαστροκνημίου



Ευρεία εκτομή του όγκου



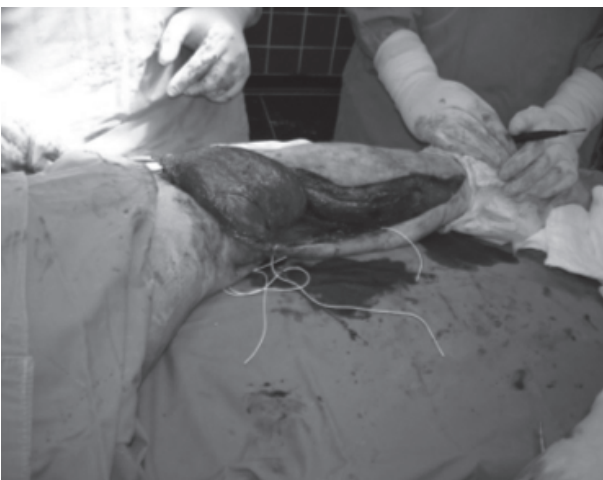
Ανεύρεση έσω κλάδου γαστροκνήμιας αρτηρίας



Τελικό αποτέλεσμα



Παρασκευή κρημνού βασιζόμενο στον αγγειακό του μίσχο



Τοποθέτηση κρημνού στην ελλειμματική επιφάνεια

CT θώρακος και άνω κάτω κοιλίας ήταν επίσης αρνητικός για δευτερογενείς εντοπίσεις της νόσου. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αφαίρεση όγκου μαλακών μορίων και αποκατάσταση με άπω στηριζόμενο πλάγιο κρημνό του σύστοιχου βραχίονα (εικόνα 2). Η πορεία του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και 6 μήνες μετά την επέμβαση εμφάνισε υποτροπή μακριά από την αρχική βλάβη, η οποία αντιμετωπίστηκε με ευρεία εκτομή και ελεύθερο δερματικό μόσχευμα.

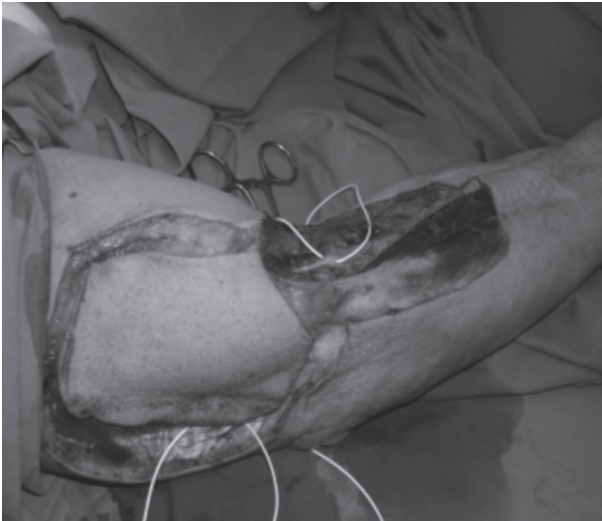
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι όγκοι ιστιοκυτταρικής προέλευσης, όπως το υπονοεεί και η ονομασία, περιέχουν ινοβλάστες και ιστιοκύτταρα. Ανάλογα με τη βιολογική τους συμπεριφορά κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες: 1) καλοήθεις, 2) ενδιάμεσης κακοήθειας, 3) κακοήθεις.

Το καλοήθες ινώδες ιστιοκύττωμα (δερματοϊνώμα) είναι συνήθης καλοήθης όγκος του δέρματος ή του υποδορίου στον ενήλικα πληθυσμό. Παρ'όλο ότι μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, ανευρίσκεται πιο συχνά στα άκρα. Συνήθως είναι μονήρης βλάβη, ενώ στο ένα τρίτο των περιπτώσεων υπάρχουν πολλαπλοί όγκοι. Ο όγκος θεωρείται καλοήθης και το ποσοστό της τοπικής υποτροπής, μετά από χειρουργική αφαίρεση, δεν ξεπερνά το 5% [9].

Το ενδιάμεσης κακοήθειας ινώδες ιστιοκύττωμα εκδηλώνεται σε νεαρά ή μέσης ηλικίας άτομα ως οζώδης όγκος του δέρματος. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκει το προέχον δερματοϊνোসάρκωμα (dermatofibrosarcoma protuberans). Συνήθως εντοπίζεται στον κορμό και στα εγγύς τμήματα των άκρων. Απαιτείται ευρεία εκτομή, αλλιώς το ποσοστό της τοπικής υποτροπής είναι πολύ υψηλό, ενώ σπανίως έχουν αναφερθεί μεταστάσεις.

Εικόνα 2. Μεγάλο ιστικό έλλειμμα από συμπληρωματική εκτομή κακοήθους ινώδους ιστιοκυτώματος στην περιοχή του αγκώνα (ΔΕ) και κάλυψη του ελλείμματος με άπω στηριζόμενο πλάγιο κρημνό του σύστοιχου βραχίονα.



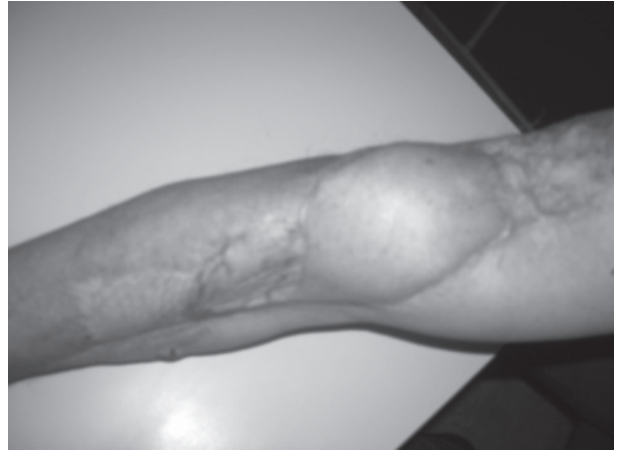
Παρασκευή του κρημνού



Συρραφή και τοποθέτηση μοσχευμάτων



Άμεσο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα



Τοπική υποτροπή και αποκατάσταση με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα μερικού πάχους

Το κακόηθες ινώδες ιστιοκύττωμα θεωρείται ο συχνότερος κακοήθης όγκος των μαλακών μορίων στον ενήλικα πληθυσμό [10], με συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης την 7η δεκαετία, αν και είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Συνήθως διαπιστώνεται ποικιλομορφία στα κύτταρα του όγκου, ενώ συνυπάρχουν πολλές άτυπες μιτώσεις και εντοπίζεται στις εν τω βάθει περιτονίες του σώματος ή στους μύες των κάτω άκρων .

Το 11,5 -15 % των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων και ως εκ τούτου και των κακοήθων ινωδών ιστιοκυττωμάτων εντοπίζονται στα άνω άκρα [12, 13] Η χειρουργική αντιμετώπισή τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς σημαντικά αγγειακά και νευρικά στελέχη έρχονται συχνότερα σε επαφή με τον όγκο απ' ό,τι σ' άλλες ανατομικές περιοχές, ενώ δεν υπάρχουν μεγάλες μυϊκές μάζες που να εξασφαλίζουν ασφαλή όρια εκτομής .

Η απώλεια του άνω άκρου, ιδίως αν πρόκειται γι' αυτό που κυρίως χρησιμοποιεί ο ασθενής, προκαλεί μεγάλη αναπηρία. Οι προθέσεις των άνω άκρων δεν επιτυγχάνουν συνήθως ικανοποιητικά αποτελέσματα [14] γι' αυτό, στα σαρκώματα του άνω άκρου θα πρέπει, παρ' όλες τις δυσκολίες, να επιδιώκεται ως θεραπεία η ευρεία εκτομή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Τα αποτελέσματα της συνδυασμένης θεραπείας τόσο σ' ό,τι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης τοπικής υποτροπής, όσο και σ' ό,τι αφορά την επιβίωση, είναι ίδια με τις ακρωτηριαστικές επεμβάσεις.

Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης θα πρέπει να επιδιώκεται η διατήρηση της ακεραιότητας των κύριων κινητικών νευρών (μασχαλαίου, μυοδερματικού, μέσου, κερκιδικού και ωλένιου), εφ' όσον δεν διηθούνται ή δεν εγκλωβίζονται από τον όγκο. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος συνιστάται η αναζήτηση και παρασκευή τους να γίνεται κεντρικότερα ή περιφερικότερα από τον όγκο

και εν συνεχεία να ακολουθεί η σταδιακή παρασκευή και απελευθέρωση τους από το προς εξαίρεση εγχειρητικό παρασκεύασμα.

Η ίδια τακτική συνιστάται και στην αναζήτηση και παρασκευή των μεγάλων αγγείων.

Η συνηθέστερη θέση εντόπισης των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων και ως εκ τούτου και των κακοήθων ινωδών ιστιοκυττωμάτων είναι τα κάτω άκρα. Σ' αυτά εντοπίζεται το 40% των σαρκωμάτων [15], ιδιαίτερα στα κεντρικότερα τμήματά τους. Η ύπαρξη καλά ανεπτυγμένων μυϊκών μαζών καθιστά, στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, εφικτή την εκτομή σε ευρέα όρια με παράλληλη διατήρηση του σκέλους.

Η φορά των εγχειρητικών τομών στα κάτω άκρα είναι επιμήκης, εκτός των περιοχών κοντά στις αρθρώσεις, όπου η τομή έχει σχήμα δίκην S. Το μήκος της τομής πρέπει να επιτρέπει την ευχερή παρασκευή και διατομή των μυϊκών τμημάτων που πρέπει να αφαιρεθούν, καθώς και την ανεύρεση και παρασκευή των αγγείων και νεύρων κεντρικότερα ή περιφερικότερα των ορίων της εκτομής.

Σε σαρκώματα της ιγνυακής περιοχής, η προσπέλαση γίνεται με τομή δίκην S και απαιτείται προσοχή στην παρασκευή και διαφύλαξη των αγγείων και νεύρων που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Οι ακρωτηριασμοί για την αντιμετώπιση σαρκωμάτων του μηρού σπανίως είναι απαραίτητοι, καθώς οι δυνατότητες των εκτομών με διατήρηση του σκέλους σ' αυτή την περιοχή είναι μεγάλες.

Η εγχείρηση εκλογής σε σαρκώματα της κνήμης είναι η ευρεία εκτομή. Η διαμερισματοεκτομή συνοδεύεται από μεγάλες λειτουργικές απώλειες, γι' αυτό και πρέπει να αποφεύγεται, αν κάτι τέτοιο είναι εφικτό.

Στα σαρκώματα του προσθίου διαμερίσματος της κνήμης επιδιώκεται, αν είναι εφικτό να διατηρηθεί κάποιος από τους τέσσερις μύες που το αποτελούν, μαζί με τη νεύρωση του. Όπισθεν του προσθίου κνημιαίου μυός βρίσκονται τα πρόσθια κνημιαία αγγεία και το εν τω βάθει περνιαίο νεύρο, από το οποίο εκπορεύονται κλάδοι για τη νεύρωση των μυών. Η παρασκευή αυτών των κλάδων επιτρέπει τη διατήρηση της νεύρωσης όσων μυών δεν αφαιρεθούν. Η αφαίρεση όλων των μυών του διαμερίσματος συνεπάγεται αδυναμία ανύψωσης του άκρου πόδα.

Η αφαίρεση των μυών του έξω διαμερίσματος δεν προκαλεί τόσο μεγάλη αναπηρία, όση προκαλείται από την εκτομή των άλλων δυο διαμερισμάτων. Μαζί με τους δυο μύες συναφαιρείται και η περόνη. Η ανεύρεση του κοινού περνιαίου νεύρου, καθώς αυτό διέρχεται μεταξύ της έκφυσης του μακρού περνιαίου και της περόνης, συνιστά το πρώτο βήμα της

επέμβασης.

Η μεγαλύτερη ποσότητα μυϊκών μαζών στο οπίσθιο διαμέρισμα της κνήμης επιτρέπει τη διενέργεια ευρέων εκτομών, αντί της διαμερισματοεκτομής. Το κνημιαίο νεύρο και τα οπίσθια κνημιαία αγγεία, που κοντά στην ιγνυακή χώρα ανευρίσκονται μεταξύ των δυο κεφαλών του γαστροκνημίου μυός και στη συνέχεια πορεύονται μεταξύ του υποκνημιδίου μυός και των εν τω βάθει μυών, μπορούν να διατηρηθούν αν ο όγκος εντοπίζεται σε περιοχές του γαστροκνημίου που δεν γειτνιάζουν με αυτά. Σε περίπτωση διαμερισματοεκτομής, χρειάζεται προσοχή για να αποφευχθεί ο τραυματισμός της πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας και του κοινού περνιαίου νεύρου για να μην κινδυνεύσει η νεύρωση και αιμάτωση του άκρου.

Για την αντιμετώπιση κακοήθων όγκων των άκρων οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις ενδείκνυνται στις εξής περιπτώσεις: 1) όταν είναι ο μόνος τρόπος για την εξαίρεση του όγκου, 2) όταν η αναμενόμενη λειτουργικότητα του σκέλους μετά από ευρεία εκτομή και διατήρηση του είναι χειρότερη απ' αυτή που θα προκύψει μετά από ακρωτηριασμό και χρησιμοποίηση πρόθεσης, 3) σε ασθενείς οι οποίοι λόγω της κακής πρόγνωσης δεν έχουν την δυνατότητα να ακολουθήσουν ένα μακροχρόνιο και επίμονο πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης και 4) όταν η αναμενόμενη μετεγχειρητική νοσηρότητα από την επέμβαση με διατήρηση του σκέλους είναι μεγαλύτερη από κείνη του ακρωτηριασμού.

Σε μια μεγάλη αναδρομική έρευνα με 649 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν από το 1982 ως το 1990 για σάρκωμα στο MSKCC ο Williard και συν [16] διαπίστωσαν ότι οι 92 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ακρωτηριασμό είχαν μεγάλους όγκους (>από 5εκ), με υψηλό βαθμό κακοήθειας και με διήθηση μεγάλων αγγειονευρικών στελεχών. Τα αποτελέσματα των ακρωτηριασμών ήταν καλύτερα από εκείνα των εγχειρήσεων με διατήρηση του σκέλους σε ό,τι αφορά τον τοπικό έλεγχο της νόσου. Όμως, σε ό,τι αφορά την επιβίωση των ασθενών, συγκρίνοντας ομοειδείς όγκους και από τις δυο ομάδες ασθενών, δεν παρατήρησαν κάποιο πλεονέκτημα των ακρωτηριασμών. Επιπρόσθετα, ακόμα και οι ασθενείς που ανέπτυξαν τοπική υποτροπή μετά από εγχείρηση που διατηρούσε το σκέλος είχαν τελικά την ίδια επιβίωση με τους ασθενείς που εμφάνιζαν παρόμοιους όγκους αλλά υπεβλήθησαν σε ακρωτηριασμό. Με βάση αυτές τις διαπιστώσεις οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως ο ακρωτηριασμός συνιστάται μόνο όταν η επέμβαση με διατήρηση του σκέλους αδυνατεί να επιτύχει την αφαίρεση του όγκου, διατηρώντας παράλληλα και την λειτουργικότητα του σκέλους.

Οι ακρωτηριασμοί είναι πιο συχνοί σε ασθενείς

νεαρής ηλικίας, με περιφερικούς και εν τω βάθει εντοπιζόμενους όγκους, εφ' όσον οι πιθανότητες να μην μπορούν να επιτευχθούν ικανοποιητικά όρια εξαίρεσης είναι πιο συχνές [17, 18]. Η φιλοσοφία στην αντιμετώπιση των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων στα άνω ή κάτω άκρα έχει μεταβληθεί σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία είκοσι, περίπου, χρόνια. Το ποσοστό των ακρωτηριασμών έχει μειωθεί πάρα πολύ, ενώ έχουν αυξηθεί, σε ποσοστό, οι εγχειρήσεις διατήρησης του σκέλους, συνεπικουρούμενες από την ακτινοθεραπεία ή και τη χημειοθεραπεία. Επομένως σήμερα ακρωτηριασμοί εκτελούνται μόνον για τις περιπτώσεις λίαν εκτεταμένων σαρκωμάτων, που καταλαμβάνουν πολλά διαμερίσματα μυών ή διηθούν εκτεταμένα ζωτικούς ιστούς ή αν αποτυγχάνει τοπικά η αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση [19].

Με τον παραπάνω τρόπο αντιμετώπισης ο ρόλος του πλαστικού χειρουργού, ως αναπόσπαστο μέλος της ογκολογικής ομάδας για την αντιμετώπιση των σαρκωμάτων, έχει καταστεί ιδιαίτερα σημαντικός.

Μικρά ιστικά ελλείμματα, χωρίς έκθεση οστών ή αγγείων και νεύρων, μπορούν εύκολα να συγκλεισθούν με μικρή κινητοποίηση του δέρματος. Η εκτεταμένη κινητοποίηση του δέρματος και η συρραφή υπό τάση θα πρέπει να αποφεύγονται, γιατί δημιουργούνται προϋποθέσεις νέκρωσης των χειλέων του δέρματος, με επιγενή μόλυνση και αργοπορία στην έναρξη της ακτινοθεραπείας. Σε κάθε τέτοια περίπτωση προτιμούμε την τοποθέτηση δερματικού μοσχεύματος μερικού πάχους, αποφεύγοντας τη συρραφή υπό τάση. Το μόσχευμα τοποθετείται πάνω στον μερικώς εκταμέντα μυ που, ως καλά αγγειούμενος ιστός, διευκολύνει την πρόσληψή του.

Το δερματικό μόσχευμα δεν θα πρέπει να τοποθετείται επάνω σε προεξέχον οστόν ή κατ'ευθείαν σε επαφή με το περιόστεο. Αν και μπορεί να πιαστεί εύκολα, επειδή λείπει το υπόστρωμα από μαλακούς ιστούς, ακολουθούν, συνήθως, διασπάσεις και εξελκώσεις στο μόσχευμα. Ακόμα, ακριβώς επειδή δεν υπάρχει καμιά ουσιαστική προστασία του υποκείμενου οστού, η περιοχή καθίσταται ιδιαίτερα ευαίσθητη και επώδυνη.

Οι τοπικοί κρημνοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για μικρά ελλείμματα, ενώ για μεγαλύτερου μεγέθους ιστικά ελλείμματα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν μισχωτοί, αγγειούμενοι κρημνοί ή ελεύθεροι, αγγειούμενοι κρημνοί.

Η αποκατάσταση διαφέρει σημαντικά μεταξύ του άνω και του κάτω άκρου. Στο κάτω άκρο, υπάρχει πληθώρα μυικών κρημνών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Απεναντίας στο άνω άκρο λίγοι μόνον μύες μπορούν να θυσιασθούν για την αποκατάσταση χωρίς να προκύψουν προβλήματα με τη λειτουργι-

κότητα του άκρου. Ούτως ή άλλως όμως, όταν ο πλαστικός χειρουργός σχεδιάζει να χρησιμοποιήσει κάποιο μυ είτε του άνω είτε του κάτω άκρου για αποκατάσταση, θα πρέπει πάντα να υπολογίζει την τυχόν αναπηρία που μπορεί να προκληθεί στο σκέλος. Ακόμα ο πλαστικός χειρουργός θα πρέπει να αποφεύγει να χρησιμοποιεί μυ ή μυικό διαμέρισμα που, εν μέρει, είχε συμπεριληφθεί στην εγχείρηση για το σάρκωμα, γιατί μ'αυτόν τον τρόπο επιβαρύνει περαιτέρω τη λειτουργικότητά του [20].

Όταν οι τοπικοί κρημνοί δεν δύνανται να χρησιμοποιηθούν ή όταν το ιστικό έλλειμμα είναι εκτεταμένο, ιδιαίτερα για την περιοχή περιφερικότερα του γόνατος, θα πρέπει να προτιμηθεί ελεύθερος, αγγειούμενος κρημνός.

Για μεγάλα ελλείμματα περιφερικότερα του αγκώνα δύναται να χρησιμοποιηθεί ο ανεστραμμένος κερκιδικός κρημνός, εφόσον η κερκιδική και η ωλένιος αρτηρία έχουν παραμείνει ανέπαφες. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί κρημνός από τη βουβωνική χώρα, βασιζόμενος στην επιπολής περισπώμενη λαγόνιο αρτηρία, γεγονός που απαιτεί όμως δύο εγχειρήσεις. Αυτό δημιουργεί την ανάγκη ακινητοποίησης του άνω άκρου επί 10-15 ημέρες, σε μια καθόλου αναπαικτική θέση. Επιπλέον ο κρημνός είναι συνήθως ογκώδης και απαιτεί περαιτέρω μικροεπεμβάσεις για να πάρει την καλύτερη δυνατή μορφή.

Εκτός όμως της ανάγκης αποκατάστασης του ιστικού ελλείμματος που δημιουργείται με την αρχική εγχείρηση για το σάρκωμα, ο πλαστικός χειρουργός καλείται, συχνά, να αντιμετωπίσει προβλήματα που έχουν προκύψει από προηγούμενες εγχειρήσεις ή ακτινοθεραπεία. Προβλήματα αυτής της φύσης μπορεί να είναι: νέκρωση των χειλέων του τραύματος ή νέκρωση του δερματικού κρημνού, μόλυνση, μετακινική νέκρωση, ρικνωπική ουλή, μείωση της λειτουργικής ικανότητας του άκρου από την αφαίρεση, σε μεγάλη έκταση, μυικών διαμερισμάτων. Τυπικό παράδειγμα δευτερογενούς αποκατάστασης είναι η μεταφορά του πλατέος ραχιαίου μυός για την υποκατάσταση του δικεφάλου ή τρικεφάλου μυός ώστε να επανέλθει η δυνατότητα κάμψης ή έκτασης του αντιβραχίου. Σ'αυτή την περίπτωση σχεδιάζεται ένας μυοδερματικός κρημνός κατάλληλου μεγέθους κατά μήκος του κάθετου άξονά του, με ιδιαίτερη προσοχή στη διατήρηση του θωρακοραχιαίου νεύρου, μια και ο μεταφερόμενος μύς μεταφέρεται για λειτουργικούς λόγους. Η περιτονία του περιφερικού τμήματος του μυός θα πρέπει να συρραφεί στο περιόστεο, στην περιοχή του αγκώνα, με μη απορροφήσιμα ράμματα, ώστε να υποβοηθείται η κάλυψη ή η έκταση.

Μερικές φορές η εκτομή ενός κακοήθους όγκου συνεπάγεται τόσο εκτεταμένη αφαίρεση ιστών, ώστε

η αναπηρία στο άκρο είναι σοβαρή. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, ιδιαίτερα αν πρόκειται για το κάτω άκρο, ο ασθενής εξυπηρετείται καλύτερα με τον ακρωτηριασμό και τη χρησιμοποίηση τεχνητού μέλους.

Για την καλύτερη δυνατή επιτυχία μιας επανορθωτικής εγχείρησης στα άκρα απαραίτητη είναι η κατάλληλη μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία. Το οίδημα του σκέλους μπορεί να προληφθεί με ανάρροπη θέση του άκρου και με ειδικές κάλτσες, ενώ τα επίμονα άλγη μπορούν να ελεγχθούν με την κατάλληλη αναλγητική και αντιφλεγμονώδη αγωγή.

Με τη συνεργασία πολλών ειδικών, την εκτίμηση κάθε περίπτωσης ανάλογα με τις ανάγκες που έχει, τη γρήγορη κινητοποίηση του άκρου και με την κατάλληλη φυσιοθεραπεία, στις περισσότερες περιπτώσεις η αποκατάσταση έχει καλά αποτελέσματα.

SUMMARY

MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA

E. LIAPAKIS, G. KOKKALIS ET AL

1% of all the malignancies is the sarcoma of the soft tissues which is a unit of heterogeneous malignancies. Although it is not so common, sarcoma is a different kind of malignant disease, with several histological types and places of appearance. Its therapy depends of the case and requires the co-operation of several specialties like General Surgery, Plastic Surgery, Orthopedics, Oncology etc.

In the Plastic Surgery Department of the Saint Savvas Anticancer Hospital, there were 60 cases of patients with sarcoma the last five years. From them, 5 patients appeared malignant fibro-histocytoma.

In this study, we present two cases of recurrent malignant fibro-histocytoma with wide excision and coverage with the far based lateral arm flap flaps and the lateral head of the gastrocnemius and we review the literature.

Keywords: sarcoma, fibro-histocytoma, far based lateral arm flap, lateral head of the gastrocnemius

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαρκώματα μαλακών μορίων. Βασιλόπουλος Π, Φιλόπουλος Ε. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία. Εκδόσεις Επιτροπής Εκπαίδευσης Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 2006(on print).
2. Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer Statistics 1992. C.A. Cancer 1992; 42:19.
3. Maccauro G, Liuzza F, Muratori F, Gosheger G, Salgarello M, Loggrosino CA. A particular solution in the treatment of primitive neoplasms of the distal third of the tibia. Presentation of a clinical case and review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2006 Aug 2.
4. Malandrinou F, Tseleni-Balafouta S, Kakaviatos N, Singhellakis P. Primary malignant fibrous histiocytoma on the thyroid. Hormones. 2002 Oct-Dec;1(4):255-9.
5. Buecker PJ, Villafuerte JE, Hornicek FJ, Gebhardt MC, Mankin HJ. Improved survival for sarcomas of the wrist and hand. J Hand Surg [Am]. 2006 Mar;31(3):452-5.
6. Karakousis CP. Surgical procedures and lymphedema of the upper and lower extremity. J Surg Oncol. 2006 Feb 1;93(2):87-91.
7. Breuninger H, Sebastian G, Garbe C. Dermatofibrosarcoma protuberans—an update. J Dtsch Dermatol Ges. 2004 Aug;2(8):661-7.
8. Weiss SW, Sobin L: WHO Classification of Soft tissue tumors. Springer-Verlag, Berlin, 1993.
9. Hugel H. Fibrohistiocytic skin tumors. J Dtsch Dermatol Ges. 2006 Jul;4(7):544-55.
10. Enzinger FM, Weiss SM: Soft Tissue Tumors, 3rd ed. CV Mosby. St. Louis, MO, 1995.
11. Goodlad JR, Fletcher CDM: Recent developments in soft tissue tumors. Histopathology 1995; 27:103.
12. Pollock RE, Karnell L, Meyck HR, Winchester DP: The National Cancer Data Base Report on soft tissue sarcoma. Cancer 1996 ; 78: 2247-2257
13. Cohen M. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Little Brown and Company, Boston, Massachusetts, 1994.
14. Issakov J, Kollender Y, Soyfer V, Bickels J, Flusser G, Meller I, Merimsky O. A single-team experience of limb sparing approach in adults with high-grade malignant fibrous histiocytoma. Oncol Rep. 2005 Oct;14(4):1071-6.
15. Pollock RE, Karnell L, Meyck HR, Winchester DP: The National Cancer Data Base Report on soft tissue sarcoma. Cancer 1996 ; 78: 2247-2257
16. Sabesan T, Xuexi W, Yongfa Q, Pingzhang T, Ilankovan V. Malignant fibrous histiocytoma: outcome of tumours in the head and neck compared with those in the trunk and extremities. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006 Jun;44(3):209-12. Epub 2005 Jul 18.
17. Putnam MD, Cohen M. Malignant bony tumors of the upper extremity. Hand Clin. 1995 May;11(2):265-86.
18. Quadros CA, Vasconcelos A, Andrade R, Ramos RS, Studart E, Nascimento G, Trajano A. Good outcome after neoadjuvant chemotherapy and extended surgical resection for a large radiation-induced high-grade breast sarcoma. Int Semin Surg Oncol. 2006 Jul 7;3:18.
19. Sugarbaker PH and Nicholson TH. Extremity Sarcoma Surgery. J.B. Lippincott. Philadelphia, 1984.
20. Drake DB. Reconstruction for limb-sparing procedure in soft tissue sarcomas of the extremities. Clinics Plast Surg 1995; 22:123-128.

ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΑ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΩΝ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΟ ΕΞΩΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑΚΩΝ ΜΥΕΛΟΛΙΠΩΜΑΤΩΝ

ΚΑΛΚΟΥΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ, ΙΑΤΡΟΣ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, Β' ΧΕΙΡ/ΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ,

ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΠΑΦΙΤΗ-ΚΟΝΔΗ ΑΓΑΘΗ, ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ,

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΑΘ/ΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΒΩΡΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ, ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, Β' ΧΕΙΡ/ΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα μυελολιπώματα αποτελούν σπάνιες βιολογικά ανενεργείς, εξεργασίες αποτελούμενες από ώριμο λιπώδη ιστό και αιμοποιητικά κύτταρα, που εντοπίζονται κυρίως στα επινεφρίδια, αν και περιγράφονται και εξωεπινεφριδικές εντοπίσεις. Από την ανασκόπηση περιστατικών του εργαστηρίου μας, περιγράφουμε 3 περιπτώσεις επινεφριδικών μυελολιπωμάτων και 2 περιπτώσεις εξωεπινεφριδικών μυελολιπωμάτων. Αναλύεται η συμπτωματολογία, η διαγνωστική προσπέλαση, τα εγχειρητικά ευρήματα και τα παθολογοανατομικά ευρήματα των περιπτώσεων.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ

Μυελολίπωμα, επινεφριδιακοί όγκοι, μοσοθω-
ράκιο, πνεύμονας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα μυελολιπώματα αποτελούν συνήθως τυχαίο εύρημα στο πλαίσιο απεικονιστικού ελέγχου άλλης νόσου και χαρακτηρίζονται ως «τυχαίωμα – incidentaloma». Στην διαφορική διάγνωση των επινεφριδικών «τυχαιωμάτων» περιλαμβάνονται λειτουργικές και μη λειτουργικές εξεργασίες. Οι πρώτες διακρίνονται σε καλοήθεις και περιλαμβάνουν αλδοστερόνομα, κορτικο-παραγωγό αδένωμα, αδένωμα

παράγον στεροειδείς ορμόνες του φύλου και κακοήθεις όπως επινεφριδικό καρκίνωμα και κακοήθες φαιοχρωμοκύτωμα. Οι μη λειτουργικές εξεργασίες (36-94%) χωρίζονται επίσης σε καλοήθεις και αφορούν επινεφριδικό αδένωμα, μυελολίπωμα, κύστη, νευρογλοίωμα και αιμορραγία, ενώ οι κακοήθεις εξεργασίες αφορούν τις μεταστάσεις (σε ασθενείς με ιστορικό μη επινεφριδικού καρκινώματος η εύρεση απεικονιστικά ενός ετερόπλευρου επινεφριδικού μορφώματος συνιστά σε ένα ποσοστό 32-73% νεοπλασματική μετάσταση.

Επινεφριδεκτομή απαιτείται σε ασθενείς με λειτουργικές εξεργασίες ή με εμφανώς κακοήγη χαρακτηρισ. Επίσης συνιστάται και σε υποκλινικό σύνδρομο Cushing. Αυξανόμενης της διάστασης της αλλοίωσης, ενισχύεται η πιθανότητα κακοήθειας, έτσι εξεργασίες > 6 εκ. πρέπει να υποβάλλονται σε χειρουργική εκτομή (περίπου 35%). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς τείνουν να έχουν συχνότερα μη λειτουργικά αδενώματα. Τα μυελολιπώματα είναι ασυνήθεις, καλοήθεις, βιοχημικά ανενεργείς εξεργασίες, εντοπιζόμενες στα επινεφρίδια κυρίως και αποτελούνται από αιμοποιητικά κύτταρα και ώριμο λιπώδη ιστό. Τα μυελολιπώματα γενικά δεν απαιτούν εκτομή εκτός εάν αφορούν κακοήθεια, που είναι σπάνια, ή αιμορραγία μέσα στην αλλοίωση που συνήθως συμβαίνει σε μυελολιπώματα > 4 εκ. Όταν η λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή είναι εφικτή, αποτελεί τη χειρουργική προσέγγιση εκλογής.

Δ/ση αλληλογραφίας:
ΠΑΦΙΤΗ-ΚΟΝΔΗ ΑΓΑΘΗ
Αρεταίειο Νοσοκομείο
Λ. Βασ. Σοφίας 76
Τηλ.: 210-7286150

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρουσιάζονται 3 περιπτώσεις μυελολιπωμά-
των επινεφριδίων και 2 περιπτώσεις εξωεπινεφριδικών

μυελολιπωμάτων που ανευρέθηκαν σε ανασκόπηση του παθολογοανατομικού αρχείου κατά την τελευταία 5ετία.

A. Επινεφριδικό μυελολίπωμα

Η πρώτη περίπτωση αφορά γυναίκα 45 ετών η οποία υποβάλλεται σε τυχαίο αξονοτομογραφικό έλεγχο και ανευρίσκεται αδένωμα δεξιού επινεφριδίου. Ακολούθησε εκτομή του επινεφριδίου με τη συμφυόμενη αλλοίωση. Το μórφωμα ήταν ευμεγέθες και είχε διαστάσεις 6x5x3 εκ., περιβαλλόταν από λεπτή ινώδη κάψα και είχε χροιά καστανόφαιη και ελαστική σύσταση. Η τελική διάγνωση ήταν μυελολίπωμα δεξιού επινεφριδίου μέγιστης διαμέτρου 6 εκ.

Η δεύτερη περίπτωση αφορά πάλι γυναίκα 55 ετών, η οποία υποβάλλεται σε αξονική και μαγνητική τομογραφία που έδειξαν νεοεξεργασία δεξιού οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, εξορμώμενη από το δεξιό επινεφρίδιο. Η χειρουργική εκτομή της εξεργασίας που ακολούθησε, ανέδειξε ωοειδές μórφωμα βάρους 320 γρ και διαστάσεων 12x9x8 εκ. Σε κάποια θέση του συμφύετο τεμάχιο ινολιπώδους ιστού 7x5 εκ. με πρόσφατη αιμορραγία. Η τελική διάγνωση ήταν μυελολίπωμα δεξιού επινεφριδίου.

Η τρίτη περίπτωση αφορά και πάλι γυναίκα 66 ετών η οποία υποβάλλεται σε τυχαίο έλεγχο απεικονιστικό, που δείχνει μórφωμα δεξιού επινεφριδίου διαστάσεων 9x6x5 εκ. Ακολούθησε χειρουργική εκτομή του μορφώματος και μακροσκοπικά περιγράφεται ως σφαιρικό μórφωμα 125γρ και διαστάσεων 10x8x4 συμφυόμενο με το δεξιό επινεφρίδιο. Η τελική διάγνωση έδειξε μυελολίπωμα δεξιού επινεφριδίου.

B. Εξωεπινεφριδικό μυελολίπωμα

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν δύο περιπτώσεις ασθενών, μιας γυναίκας 80 ετών με ιστορικό αδενοκαρκινώματος τραχήλου μήτρας και μιας γυναίκας 33 ετών με νόσο Cooley.

Στην πρώτη περίπτωση της 80χρονης ασθενούς, εντοπίστηκε σε αξονοτομογραφικό έλεγχο μórφωμα ετερογενούς πυκνότητας, έμπροσθεν του αριστερού λοβού του ήπατος, θέτοντας την υποψία της μετάστασης. Η ιστολογική εξέταση μετά από εκτομή ανέδειξε εστία εξωμυελικής αιμοποίησης με λιπώδη συμμετοχή-μυολίπωμα μέγιστης διαμέτρου 5,5 εκ.

Στη δεύτερη περίπτωση της 33χρονης ασθενούς, ανευρίσκεται σε αξονοτομογραφικό έλεγχο όγκος μεσοθωρακίου, ως επί πιθανού θυμώματος. Η

παθολογοανατομική εξέταση μετά χειρουργική εκτομή, ανέδειξε υφή αιμοποιητικού οργάνου με πολλά μυελοκύτταρα, εμπύρηνια ερυθρά και μεγακαρυοκύτταρα, διαμέτρου 4 εκ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα μυελολιπώματα περιγράφησαν για πρώτη φορά στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αποτελούν σπάνιες, καλοήθεις και ασυμπτωματικές συνήθως βλάβες που εμφανίζονται τυπικά στη μέση και προχωρημένη ηλικία, με μια μικρή προτίμηση στο θήλυ φύλο. Τα μυελολιπώματα συνηθέστερα παρουσιάζονται ως μονήρεις, σαφώς αφοριζόμενες επινεφριδιακές εξεργασίες. Περιστασιακά περιγράφονται σε σχέση με άλλες ενδοκρινικές ή ορμονικές ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένων του συνδρόμου Conn, της νόσου Cushing, τη συγγενή επινεφριδική υπερπλασία, την εξωγενή χορήγηση στεροειδών^{5,6,11,12} και με άλλες καταστάσεις σχετιζόμενες με αυξημένη παραγωγή κορτιζόλης, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η παχυσαρκία⁶.

Εξωεπινεφριδικά μυελολιπώματα εμφανίζονται λιγότερο συχνά και εντοπίζονται στο ήπαρ, το στόμαχο, το μεσεντέριο, το σπλήνα, τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τον προιέρω χώρο, τις αραχνοειδείς και χοριοειδείς μήνιγγες και το θώρακα^{5,6,11,12,16}. Οι περισσότερες από αυτές τις εξωεπινεφριδικές βλάβες είναι ασυμπτωματικές και ανακαλύπτονται στην αυτοψία, σε ποσοστό 0,08% έως 0,2%¹².

Σε μια ανασκόπηση 22 περιπτώσεων εξωεπινεφριδικών μυελολιπωμάτων, που διενεργήθη από τους Hunter και συν. το 1991, πάνω από το 50% αυτών των βλαβών εντοπίζονται στον προιέρω χώρο. Οι Kenney και συν. αναφέρουν 86 περιπτώσεων μυελολιπωμάτων από το 1981 έως το 1997, για τα οποία η αξονική τομογραφία αποτέλεσε μέρος της διαγνωστικής προσέγγισης. 10 από αυτά ήταν εξωεπινεφριδικά, τα περισσότερα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και στην πύελο και 1 στο θώρακα. Σε αυτή την ομάδα ασθενών, οι βλάβες δεν σχετίζονταν με ενδοκρινικές ανωμαλίες. Από τις περιπτώσεις ενδοθωρακικών μυελολιπωμάτων, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, το οπίσθιο μεσοθωράκιο είναι η συχνότερη εντόπιση^{4,10,9,13, 17}, αντιπροσωπεύοντας 4 από τις 5 περιπτώσεις ενδοθωρακικών μυελολιπωμάτων μιας ανασκόπησης του 1993¹⁴. Οι πνευμονικές εντοπίσεις είναι αρκετά σπάνιες και τυπικά εδράζονται υποϋπεζωκοτικά^{6,7,8,18}.

Ιστολογικά, το μυελολίπωμα είναι ένας καλοήθης όγκος που αποτελείται από ώριμο λιπώδη ιστό και

αιμοποιητικά κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων μυελοειδών, ερυθροειδών και μεγακαρυοκυτταρικών στοιχείων και περιστασιακά λεμφοκυττάρων^{5,6}. Μπορεί να περιλαμβάνουν περιοχές εσωτερικής αιμορραγίας και ακόλουθης ασβέστωσης. Εν αντιθέσει προς τον αληθή μυελό των οστών, στα μυελολιπώματα δεν εντοπίζονται τα τυπικά δικτυωτά κολποειδή και οι οστικές παρασχίδες¹².

Η αιτιολογία δημιουργίας των μυελολιπωμάτων είναι άγνωστη. Διάφορες θεωρίες περιλαμβάνουν την ανάπτυξη τους από εμβρυϊκά μεσεγχυματογενή υπολείμματα των επινεφριδίων, αιματογενή έμβολα του μυελού των οστών, μεταπλασία των δικτυοενδοθηλιακών κυττάρων επαγόμενη από το stress και τον πολλαπλασιασμό εμβρυϊκών υπολειμμάτων αρχέγων αιμοποιητικών κυττάρων^{5,6,11,12,14,15}.

Η αξονική(CT) και μαγνητική τομογραφία(MRI) είναι οι πιο ακριβείς απεικονιστικές εξετάσεις στη διάγνωση των μυελολιπωμάτων. Η κλασσική CT αναδεικνύει σαφώς αφοριζόμενους ανομοιογενείς όγκους, με λιπώδη ιστό χαμηλής πυκνότητας (κάτω των -30HU), εντός του οποίου αναγνωρίζεται υπέρπυκνος μυελοειδής ιστός. Αυτές οι βλάβες παρουσιάζουν ελάχιστη ή καθόλου σκιαγραφική ενίσχυση. Στην MRI το λίπος των μυελολιπωμάτων εμφανίζει υψηλής έντασης σήμα στις T1 ακολουθίες. Οι όγκοι με μικρή περιεκτικότητα λίπους ή αιμορραγία χαρακτηρίζονται δυσκολότερα. Αν και συνήθως δεν απαιτείται, η βιοψία δια λεπτής βελόνης μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση. Τα επινεφριδικά αδενώματα μπορεί να εμφανίζονται ως χαμηλής πυκνότητας βλάβες (-10 έως -20 HU), αλλά είναι περισσότερο υπέρπυκνα και αμοιογενή από τα μυελολιπώματα. Τα λιποσαρκώματα μπορεί να δώσουν παρόμοια χαρακτηριστικά με τα μυελολιπώματα, αλλά διαφοροποιούνται από αυτά από την τυπική διηθητική τάση τους και μπορεί να εμφανίζουν συντελεστή ενίσχυσης έως +30 HU. Το λίπωμα, το υπερνέφρωμα και το νεφρικό αγγειομυελολίπωμα συμπεριλαμβάνονται επίσης στη διαφοροδιάγνωση του μυελολιπώματος. Τα ενδοθωρακικά μυελολιπώματα στην απλή ακτινογραφία εμφανίζονται ως πνευμονική ή μεσοθωρακική μάζα, συνήθως μονήρης και σαφώς αφοριζόμενη. Η CT δείχνει μια πλήρως ή μερικώς εγκυστωμένη μάζα της οποίας η πυκνότητα εξαρτάται από τη σχετική αναλογία λίπους (χαμηλή πυκνότητα) προς τον αιμοποιητικό ιστό (υψηλή πυκνότητα). Μπορούν επίσης να εντοπιστούν περιοχές υψηλότερης πυκνότητας, λόγω αιμορραγίας καθώς και μικρές περιοχές ασβέστωσης. Μπορεί να παρουσιάζουν σκιαγραφική ενίσχυση μετά από ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού μέσου^{10,9,15}.

Η αντιμετώπιση των μυελολιπωμάτων

ενδείκνυται σε ασθενείς με συμπτώματα, με όγκους μεγάλου μεγέθους (συνήθως άνω των 4-5 εκ.), καθώς και σε περιπτώσεις επιπλοκών, όπως η αιμορραγία. Μικρά μυελολιπώματα μπορούν να παρακολουθούνται με απεικονιστικές εξετάσεις. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να διενεργηθεί και λαπαροσκοπικά.

Στη δική μας σειρά ασθενών παρουσιάζουμε 3 περιπτώσεις επινεφριδικών μυελολιπωμάτων, που εμφανίστηκαν σε ασυμπτωματικές γυναίκες μέσου όρου ηλικίας 55,3 ετών (εύρος ηλικιών: 45 έως 66ετών). Οι όγκοι είχαν μέσο όρο μεγίστης διαμέτρου 9,3 εκ. (εύρος μεγίστης διαμέτρου: 6 έως 12 εκ.) και αφορούσαν το δεξιό επινεφρίδιο. Η κύρια εξέταση προεγχειρητικού ελέγχου ήταν η CT, ενώ σε μια μόνο περίπτωση διενεργήθη και MRI. Και οι τρεις περιπτώσεις αφορούσαν γυναίκες άνω των 40 ετών, δείχνοντας έτσι την προτίμηση των μυελολιπωμάτων ως προς την επίπτωση στη μέση ηλικία αλλά και το γυναικείο φύλο. Επίσης σε όλες τις περιπτώσεις η αλλοίωση αφορούσε το δεξιό επινεφρίδιο και οι διαστάσεις της κυμαίνονταν από 6- 12 εκ.

Οι δυο περιπτώσεις εξωεπινεφριδικών μυελολιπωμάτων αφορούσε γυναίκες μέσου όρου ηλικίας τα 56,5 έτη (εύρος ηλικιών: 33 έως 80 ετών). Η μια περίπτωση αφορά ενδοθωρακική και η έτερη ενδοκοιλιακή εντόπιση, με μέσο όρο μεγίστης διαμέτρου τα 4,75 εκ. (εύρος μεγίστης διαμέτρου: 4 έως 5,5 εκ.). Η κύρια απεικονιστική εξέταση ήταν η CT. Αμφότερες οι περιπτώσεις των εξωεπινεφριδικών μυελολιπωμάτων, αποτελούν σπάνιους καλοήθεις όγκους μεσεγχυματογενούς προέλευσης (συχνότητα: n=37 εξωεπινεφριδικά, τα 7 έχουν εντόπιση στο μεσοθωράκιο). Αποτελούνται από λιπώδη ιστό και αιμοποιητική κύτταρα και συνιστούν έκτοπο φλοιοεπινεφριδικό ιστό ή ηπατοκυτταρική μεταπλασία. Απεικονιστικά στην αξονική τομογραφία έχουν χαμηλή πυκνότητα και μιμούνται κακοήγη νεοπλασμάτα.

Όλες οι περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με ανοικτή προσπέλαση, η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και οι ασθενείς δεν παρουσίασαν υποτροπή της νόσου σε διάστημα 5ετούς παρακολούθησης.

SUMMARY

MYELOLIPOMAS - PRESENTATION OF 3 CASES

KALKOYNOY J., ANASTASOPOULOS G. ET ALS

Myelolipomas are unusual, benign, biochemically inactive tumors, which are usually located in the adrenal glands. They are consisted of mature adipose tissue and

hemopoietic cells. These lesions are asymptomatic and discovered incidentally in a CT scan, which is performed for an other reason. They should not have been resected, unless they are malignant, or hemorrhage has been occurred inside the lesion. These options usually occur when the diameter of the lesion exceeds 4 cm. They can be operated either laparoscopically, or with open adrenalectomy. Many other sites of myelolipomas have been described, such as retroperitoneum, the presacral region, the mediastinum and the lungs. We describe 3 cases of adrenal myelolipomas and 2 cases of extraadrenal myelolipomas and we study the symptoms, the preoperative work up and the pathological findings.

KEY WORDS

Myelolipoma, mediastinum, lung, adrenal tumors

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sabate CJ & Shahian DM. Pulmonary myelolipoma. *Ann Thorac Surg* 2002;74:573-5
2. Schaeffer EM & Kavoussi LR. Adrenal Myelolipoma. *J Urol* 2005;173:1760
3. Mariappan MR, Fadare O, Ocal IT. Pathologic quiz case: a 74-year-old man with an incidental retroperitoneal tumor found at autopsy. Presacral myelolipoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128(5):591-2
4. Rudnicka L, Papla B, Malinowski E. Mediastinal myelolipoma. *Pol J Pathol* 1996;47:143-5
5. Spanta R, Saleh HA, Khatib G. Fine needle aspiration diagnosis of extraadrenal myelolipoma presenting as a pleural mass. A case report. *Acta Cytol* 1999;43:295-8
6. Hunter SB, Schemankewitz EH, Patterson C, Varma VA. Extraadrenal myelolipoma. A report of two cases. *Am J Clin Pathol* 1992;97:402-4
7. Zunarelli E, Criscuolo M, Malavolta L, Piccinini L, Barbolini G. A case of lung myelolipomatosis in a patient with bronchial carcinoid. *Panminerva Med* 1999;41:175-8
8. Ziolkowski P, Muszczynska-Bernhard B, Dziegel P. Myelolipoma: the report of two cases in pulmonary location. *Pol J Pathol* 1996;47:141-2
9. Kim K, Koo BC, Davis JT, Franco-Saenz R. Primary myelolipoma of mediastinum. *J Comput Tomogr* 1984;8:119-23
10. Kawanami S, Watanabe H, Aoki T, et al. Mediastinal myelolipoma: CT and MRI appearances. *Eur Radiol* 2000;10:691-3
11. Fowler MR, Williams RB, Alba JM, Byrd CR. Extra-adrenal myelolipomas compared with extramedullary hematopoietic tumors: a case of presacral myelolipoma. *Am J Surg Pathol* 1982;6:363-74
12. Kenney PJ, Wagner BJ, Rao P, Heffes CS. Myelolipoma: CT and pathologic features. *Radiology* 1998;208:87-95
13. Minamiya Y, Abo S, Kitamura M, Izumi K. Mediastinal extraadrenal myelolipoma: a report of a case. *Surg Today* 1997;27:971-2
14. Strimlan CV, Khasnabis S. primary mediastinal myelolipoma [review]. *Cleve Clin J Med* 1993;60:69-71
15. Kammen BF, Elder DE, Fraker DL, Siegelman ES. Extraadrenal myelolipoma: MR imaging findings. *AJR* 1998;171:721-3
16. Brietta LK, Watkins D. Giant extraadrenal myelolipoma. *Arch Pathol Lab Med* 1994;118:188-90
17. Foster JBT. Primary thoracic myelolipoma: a case report. *Arch Pathol* 1958;65:295-7
18. Saleeby ER. Heterotopia of bone marrow without apparent cause. *Am J Pathol* 1925;1:69-76

Ειδική Συνεργασία

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΑΣΤΟ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Α. ΦΘΕΝΑΚΗΣ¹, ΕΜΜ. ΡΟΒΙΘΗΣ¹, Η. ΣΑΝΙΔΑΣ², ΕΜΜ. ΜΑΡΚΑΚΗΣ¹, Ρ. ΠΑΤΕΛΗ¹, Μ. ΡΟΒΙΘΗΣ³, Δ. ΤΣΙΦΤΣΗΣ²

¹ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΣΤΕΛΛΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

² ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

³ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το πρώτο κατά σειρά συχνότητας καρκίνο στις γυναίκες γεγονός που τον καθιστά σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγείας στις αναπτυγμένες χώρες [1,2]. Παρά την κάμψη στη θνησιμότητα που καταγράφεται σε ορισμένες χώρες, ο καρκίνος του μαστού παραμένει η πρώτη αιτία θανάτου σε γυναίκες 35-55 ετών. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο προκαλεί 15.000 θανάτους ετησίως ενώ 25.000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο [2]. Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την επίπτωση και επιπολασμό του καρκίνου του μαστού στη χώρα μας είναι πενιχρά. Οι εκτιμήσεις για την προτυποποιημένη και με βάση την ηλικία επίπτωση την ανεβάζουν σε 70 περιπτώσεις ανά 100.000 γενικού πληθυσμού ανά έτος σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδας (Κρήτη) [3] ενώ η προτυποποιημένη θνησιμότητα για όλη τη χώρα υπολογίστηκε σε 15,9 ανά 100.000 γυναίκες για το έτος 1995 [2].

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

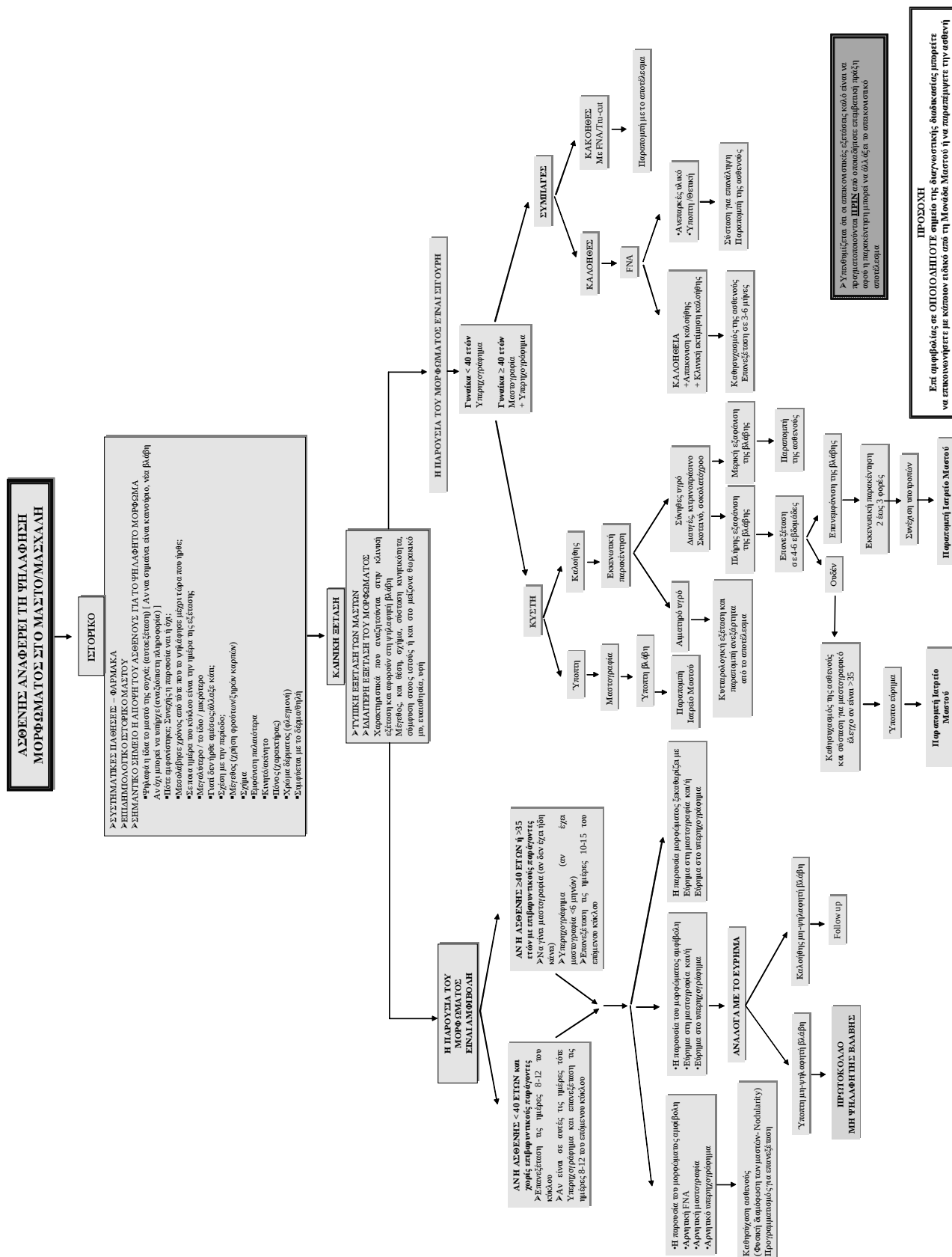
Σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας και όπου ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι βαρύνων (πχ. Ηνωμένο Βασίλειο, Σκανδιναβικές χώρες, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία), οι γενικοί - οικογενειακοί ιατροί βρίσκονται σε κομβική θέση για την ανίχνευση και την αρχική διαχείριση των γυναικών με προβλήματα από το μαστό [4,5,6]. Παρόλο που η συνολική διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας) δεν επιτρέπει παρόμοιες γενικεύσεις, ο γενικός ιατρός φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές όπου η πρόσβαση σε εξειδικευμένα κέντρα μαστού ή στον ειδικό είναι περιορισμένη.

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί από τον ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην

έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού που αποτελεί και την κρίσιμη παράμετρο για την τελική έκβαση (επιβίωση) της ασθενούς [1,6]. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) με μαστογραφία είναι η μόνη πρακτική που έχει αποδειχτεί από έγκυρες τυχαιοποιημένες μελέτες ότι οδηγεί σε ελάττωση της συνολικής θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε γυναίκες 50-69 ετών [7,8].

Προγράμματα παρέμβασης που έχουν αναληφθεί στα πλαίσια του Εθνικού συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) [7] κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις, στάσεις, δεξιότητες και πρακτικές των γενικών οικογενειακών ιατρών αποτελούν κρίσιμο παράγοντα στη παρότρυνση και συμμόρφωση των γυναικών για την υποβολή τους σε μαστογραφικό έλεγχο [6,9,10]. Ρόλος για τον γενικό - οικογενειακό ιατρό φάνηκε ακόμη να υπάρχει και στην κλινική παρακολούθηση (follow up) των γυναικών μετά την υποβολή τους σε θεραπεία στο Νοσοκομείο ή το εξειδικευμένο κέντρο μαστού [11].

Ανοικτό ωστόσο παραμένει το ερώτημα και ανύπαρκτα τα βιβλιογραφικά δεδομένα κατά πόσον ο γενικός - οικογενειακός ιατρός είναι ικανός να εκτελεί επεμβατικές διαγνωστικές πράξεις όπως είναι η παρακέντηση κύστης στο μαστό, η βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA) ή Tru-cut. Πεποίθηση των συγγραφέων είναι ότι στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) και εκτός οργανωμένου ιατρείου μαστού με άμεση διασύνδεση με παθολογοανατομικό εργαστήριο, ο γενικός - οικογενειακός ιατρός δεν θα πρέπει να εκτελεί επεμβατικές τεχνικές βιοψίας στο μαστό. Οφείλει όμως να γνωρίζει τις επίκαιρες και έγκυρες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (practice guidelines) και ακόμη περισσότερο τον «τοπικό» τρόπο διαχείρισης των προβλημάτων από το μαστό από το εξειδικευμένο κέντρο ή το Νοσοκομείο με το οποίο συνεργάζεται ώστε κατά περίπτωση και εκμεταλλευόμενος τους διαθέσιμους πόρους να αναλαμβάνει τη σχετική προεργασία που θα επιτρέψει



στους ειδικούς να παρέμβουν ταχύτερα και αποτελεσματικότερα προς όφελος της παραπεμπόμενης ασθενούς.

Η Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου σε συνεργασία με ομάδα ειδικευμένων στη Γενική Ιατρική ιατρών που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία του Νομού σχεδίασε - στο πνεύμα των προαναφερθέντων - τους κλινικούς αλγόριθμους που ακολουθούν και που αναφέρονται στα τέσσερα συχνότερα προβλήματα από το μαστό που απασχολούν τους γενικούς – οικογενειακούς ιατρούς στην καθημερινή κλινική πράξη: Ψηλαφητό μόρφωμα στο μαστό, μαστοδυνία, έκκριμα από τη θηλή, μη ψηλαφητό μόρφωμα.

Πρόβλημα 1 : Ψηλαφητό μόρφωμα στο μαστό

Το ψηλαφητό μόρφωμα στο μαστό αποτελεί το συνηθέστερο λόγο από τα συμπτώματα – σημεία του μαστού για τον οποίο η γυναίκα αναζητεί ιατρική βοήθεια. Από στοιχεία των αρχείων ασθενών των γενικών ιατρών αλλά και των εξειδικευμένων «Κλινικών Παθήσεων Μαστού» του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και της Αυστραλίας έχει υπολογιστεί ότι η ψηλαφητή μάζα αποτελεί το 70% περίπου από το σύνολο των προβλημάτων – αιτίων προσέλευσης από τον μαστό, στον ιατρό της Π.Φ.Υ.

Η διαγνωστική προσέγγιση ολοκληρώνεται κατά βάση από τη λεγόμενη «τριπλή δοκιμασία» (triple test) ήτοι την κλινική εξέταση, τον απεικονιστικό έλεγχο (μαστογραφία ή υπερηχογράφημα) και την κυτταρολογική εξέταση του υλικού της βιοψίας ή παρακέντησης. Σε γυναίκα ηλικίας μικρότερης των 40 ετών ζητείται υπερηχογράφημα και εάν η βλάβη είναι κυστική ακολουθεί εκκενωτική παρακέντηση, ενώ επί συμπαγούς βλάβης εκτελείται βιοψία δια λεπτής (FNA) ή χοντρής βελόνης (Tru-cut). Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (ή σε νεώτερες υψηλού κινδύνου) ο αρχικός απεικονιστικός έλεγχος είναι πληρέστερος με άμεση παραπομπή για μαστογραφία και υπερηχογράφημα.

Πρόβλημα 2: Άλγος στο μαστό (μαστοδυνία)

Η μαστοδυνία αποτελεί το 50% περίπου από το σύνολο των προβλημάτων – αιτίων προσέλευσης από τον μαστό. Βασικό μέλημα του ιατρού είναι ν' αποκλειστεί ο καρκίνος του μαστού και εφόσον η μαστοδυνία αποδοθεί σε «καλοήγη» αίτια ν' ακολουθήσει συντηρητική θεραπεία και καθησυχασμός

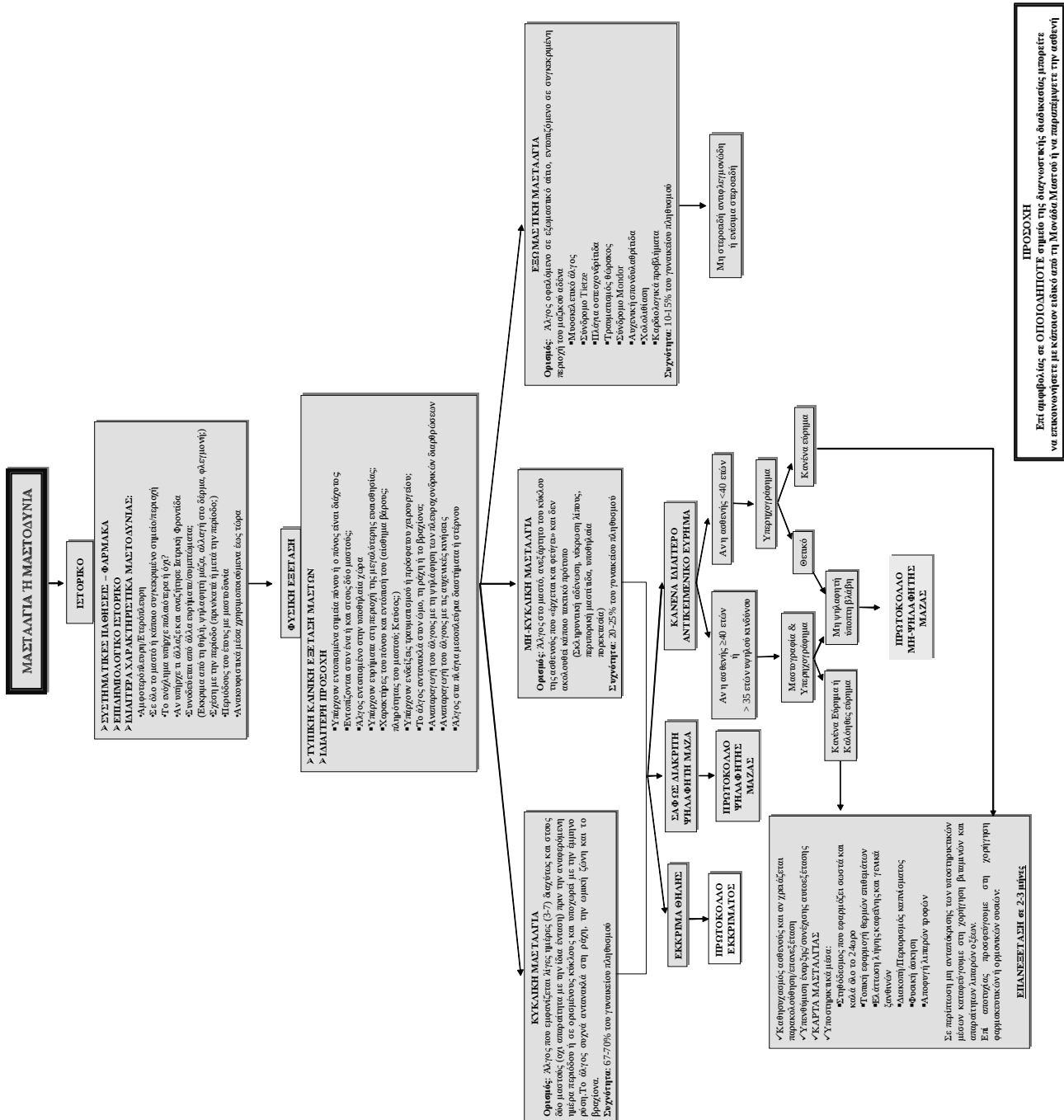
της ασθενούς. Η ασθενής εξετάζεται για αίτια εξωμαστικής μαστοδυνίας. Εάν αποκλειστεί η παρουσία ψηλαφητού μορφώματος ή εκκρίματος από τη θηλή προχωρούμε σε ασθενείς με κυκλική ή μη μαστοδυνία σε απεικονιστικό έλεγχο ανάλογα και με την ηλικία της γυναίκας. Ειδικότερα ζητούμε υπερηχογράφημα και μαστογραφία σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών (ή με υψηλό ατομικό κίνδυνο) ενώ σε νεώτερες γυναίκες αρκεί το υπερηχογράφημα. Εάν ο απεικονιστικός έλεγχος αποβεί θετικός ακολουθούμε τους αντίστοιχους αλγόριθμους διαχείρισης. Επί αρνητικών απεικονιστικών ευρημάτων συνιστούμε αναλγητική αγωγή και υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και προγραμματίζουμε την επανεξέταση της ασθενούς.

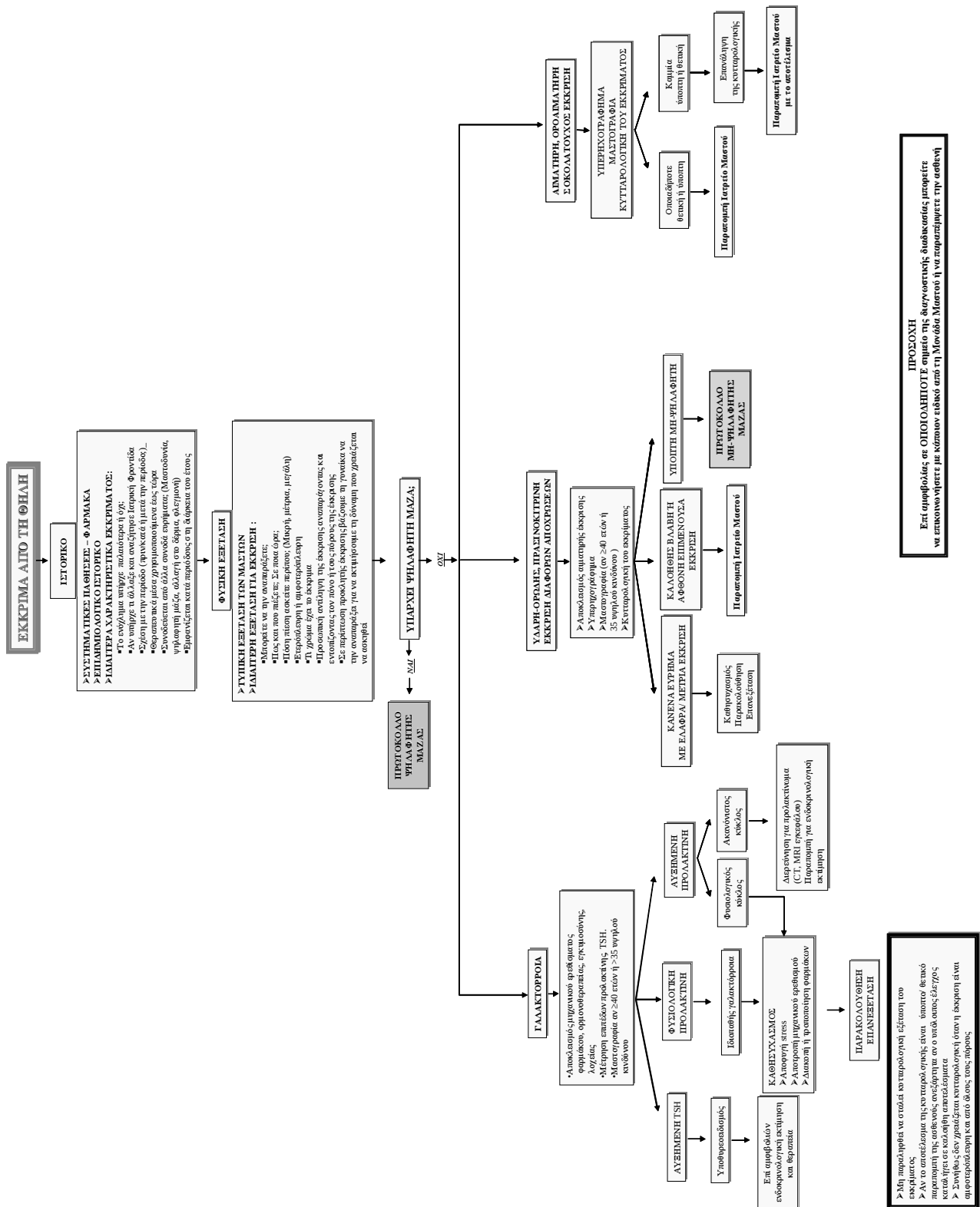
Πρόβλημα 3: Έκκριμα από τη θηλή

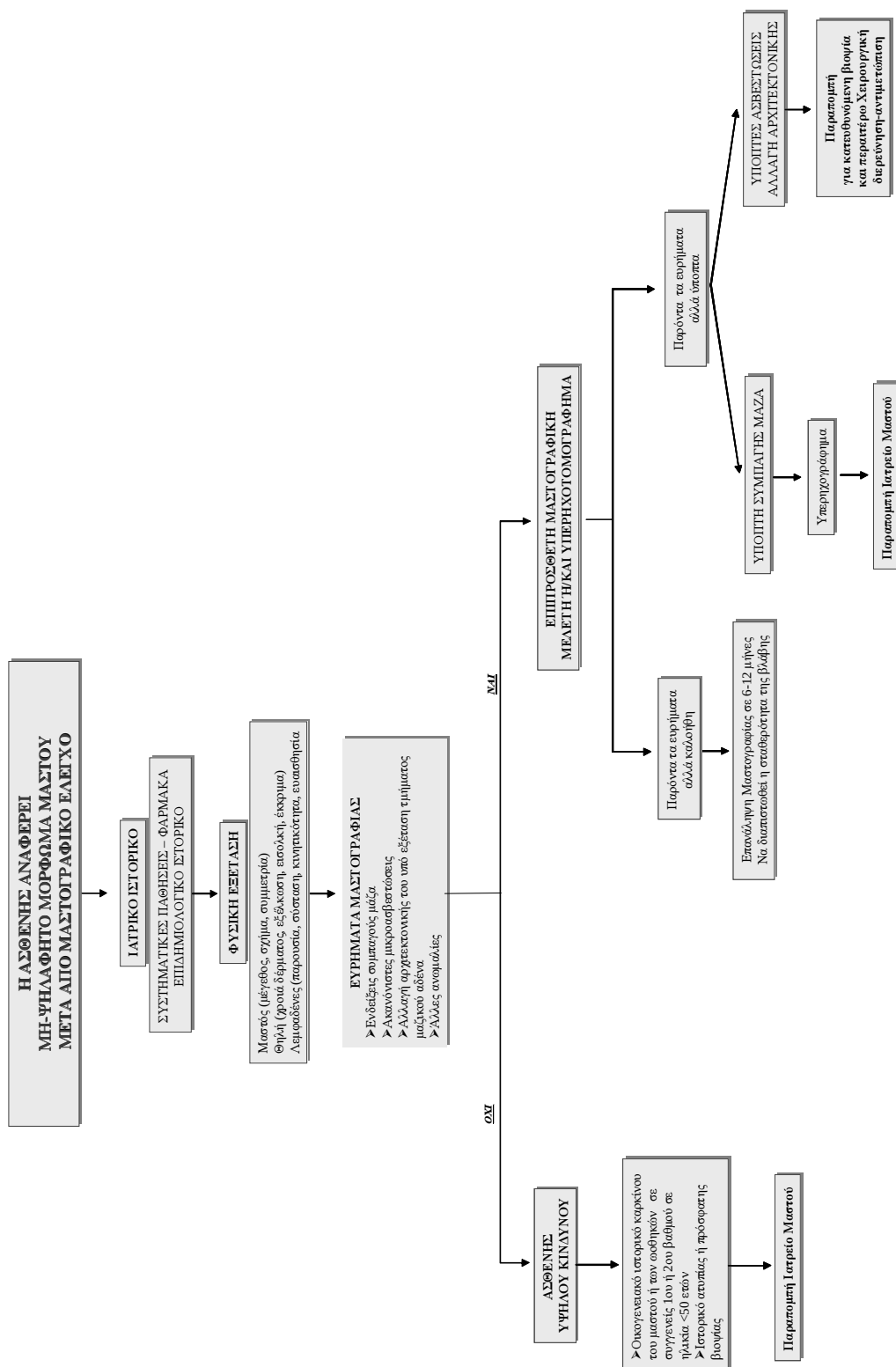
Η έκκριση από τη θηλή αποτελεί το 5-10% των αιτίων προσέλευσης από τα προβλήματα του μαστού. Είναι σημαντικό ο ιατρός να αποκτήσει προσωπική αντίληψη του είδους του εκκρίματος (γαλακτώδης, οροαιματηρό, αιματηρό, πυώδες, πρασινοκίτρινο, διαφόρων αποχρώσεων, σμήγμα κτλ) και να προσδιορίσει εάν η έκκριση είναι αυτόματη, προκλητή, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Θα πρέπει να αποκλειστεί η γαλακτόρροια που θα οδηγήσει σε περαιτέρω ενδοκρινολογική διερεύνηση όπως επίσης και η ψηλαφητή μάζα (βλ. σχετικό αλγόριθμο). Στις υπόλοιπες περιπτώσεις και μετά την κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος, η ασθενής ανάλογα και με την ηλικία της ή τον ατομικό της κίνδυνο παραπέμπεται για υπερηχογράφημα (ηλικία <40) ή υπερηχογράφημα και μαστογραφία (ηλικία >40 ετών).

Πρόβλημα 4: Μη ψηλαφητό μόρφωμα μαστού

Ορισμένες φορές σε μαστογραφία που εκτελείται στο πλαίσιο προσυμπτωματικού ελέγχου αποκαλύπτεται ασυμπτωματική (μη ψηλαφητή) μάζα. Μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και την ενδελεχή κλινική εξέταση η ασθενής παραπέμπεται για περαιτέρω απεικονιστικό έλεγχο και εφόσον η βλάβη εμφανίζει «καλοήγη» ακτινομορφολογικά χαρακτηριστικά η ασθενής παρακολουθείται με επαναλαμβανόμενες απεικονιστικές εξετάσεις. Σε αντίθετη περίπτωση προγραμματίζεται κατευθυνόμενη βιοψία.







ΠΡΟΣΟΧΗ

Επί αμφιβολίας σε ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ σημείο της διαγνωστικής διαδικασίας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με κάποιον ειδικό από τη Μονάδα Μαστού ή να παραπέμψετε την ασθενή

SUMMARY

BREAST PROBLEMS. ALGORITHMS OF CLINICAL MANIPULATION BY GENERAL PRACTITIONERS

A. FTHENAKIS¹, E. ROVITHIS¹, H. SANIDAS², M. MARKAKIS²,
R. PATEL³, M. ROVITHIS³, D.D.TSIFTSIS²

1. HEALTH CENTER OF KASTELLI, HERAKLEION CRETE

2. DEPARTMENT OF SURGICAL ONCOLOGY, UNIVERSITY GENERAL
HOSPITAL, HERAKLEION CRETE

3. TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE, HERAKLEION CRETE

Women with breast problems often present initially to primary care physician's (PCP) surgeries. This is especially true in rural or semi-rural areas of Greece where accessibility to specialized hospitals is often limited. Thus PCPs assume a central role in the initial management of women with breast disorders. Although the majority of breast complaints are caused by benign diseases, PCPs should reduce the chance to miss more serious causes, with emphasis to breast cancer, to a minimum. The initial step in the assessment of breast complaints is the history and physical examination. The majority of women will need further testing; the most useful tests are mammography, ultrasound, fine needle aspiration, and core needle biopsy.

The Department of Surgical Oncology of the University Hospital of Herakleion Crete in collaboration with a group of practicing qualified PCP's have developed four clinical algorithms for the diagnosis and management of palpable and non palpable breast lesions, breast pain (mastodynia) and nipple discharge.

Key words: Clinical algorithms, breast diseases, primary care.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2000; 342:564-570
2. Tominaga S, Kuroishi T, Aoki K: Cancer Mortality Statistics in 33 Countries. International Union Against Cancer, Geneva, 1998.
3. Vlachonikolis IG, Aletra TJ, Georgoulas V. Incidence of breast cancer on Crete, 1994-1995. *Eur J Cancer*. 2002 Mar;38(4):574-7.
4. Emery J, Walton R, Coulson A, Glasspool D, Ziebland S, Fox J. Computer support for recording and interpreting family histories

- of breast and ovarian cancer in primary care (RAGs): qualitative evaluation with simulated patients. *BMJ* 1999; 319: 32-36
5. Clover KA, Redman S, Forbes JF, Sanson Fisher RW, Dickson JA. Promotion of attendance for mammographic screening through general practice: a randomised trial of two strategies. *Med J Aust* 1991;156:91-4.
6. Kruse J, Phillips DM. Factors influencing women's decision to undergo mammography. *Obstet Gynecol* 1987;70:744-8.
7. Austoker J, Humphreys J. Involving **primary care** teams in the National **Breast Screening Programme**. Oxford: NBSBP Publications, 1990.
8. Austoker J. Cancer Prevention in **Primary Care**: Screening and self examination for **breast** cancer *BMJ* 1994;309:168-174.
9. Duijm LE, Guit GL, Zaat JO. Mammographic surveillance of asymptomatic breast cancer relatives in general practice: rate of re-attendance and GP and patient-related barriers. *Fam Pract* 1997; 14: 450-454.
10. Cockburn J, Irwig L, Turnbull D, Simpson JM, Mock P, Tattersall M. Encouraging attendance at screening mammography: knowledge, attitudes and intention of general practitioners. *Med J Aust* 1989;151:391-6.
11. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Jill Stewart J, Fitzpatrick R, Vessey M. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial *BMJ* 1996;313:665-669.

Περαιτέρω μελέτη στο διαδίκτυο

- α. Breast cancer treatment. Institute for Clinical Systems Improvement - Private Nonprofit Organization. 1996 Sep (revised 2005 Sep). 57 pages. NGC:004542
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.icsi.org>
- β. ACS guidelines for breast cancer screening: update 2003. American Cancer Society - Disease Specific Society. 1997 (revised 2003). 29 pages. NGC:002971
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/53/3/141>
- γ. Osuch JR, Bonham VL, Morris LL. Primary Care Guide to Managing a Breast Mass: Step-by-Step Workup. *MedGenMed* 1(3), 1999. [formerly published in *Medscape Women's Health eJournal* 3(5), 1998].
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.medscape.com/viewarticle/443381>
- δ. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2002 Sep). 3 pages. NGC:002645
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/>
- ε. Preventive health care, 2001 update: Screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care - National Government Agency [Non-U.S.]. 2001. 8 pages. NGC:001938
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.ctfphc.org/Sections/Mammography.htm>
- στ. NHS Modernization Agency. Collection of Guidelines (breast diseases)
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.ebc-indevelopment.co.uk/nhs/breast/index.html>
- ζ. Prodigy Knowledge. Breast Cancer Suspected.
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Breast%20cancer%20-%20suspected>
- η. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of breast cancer in women.
Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign84.pdf>

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΕΜΜ. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ

POPULATION BASED STUDY OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOURS

Bumming P, Ahlman H et al.
Brit.J.Surg. 2006, 93 (July) 836:843

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή της πρόγνωσης των ασθενών με RO εκτομή στρωματικών όγκων (GIST) του γαστρεντερικού και η διευκρίνιση της ομάδας των ασθενών που μπορούν να ωφεληθούν από τη θεραπεία με Imatinib.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αναδρομική μελέτη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση των δεδομένων όλων των ασθενών με όγκους GIST του γαστρεντερικού μεταξύ του Ιανουαρίου 1983 και του Δεκεμβρίου 2000 στη δυτική Σουηδία. Έγινε καταγραφή της ηλικίας, του φύλου, των νοσημάτων, του μεγέθους του όγκου, των ορίων εκτομής, του μέσου και μέγιστου δείκτη πολλαπλασιασμού, των υποτροπών και της επιβίωσης. Ως RO εκτομή καθορίστηκε η απουσία μακρο ή μικροσκοπικής υπολειπόμενης νόσου, ως R1 η παρουσία μικροσκοπικής υπολειπόμενης νόσου και ως R2 η παρουσία μακροσκοπικής υπολειπόμενης νόσου. Ο κίνδυνος καθορίστηκε από το μέγεθος του όγκου και τον αριθμό των μιτώσεων. Πολύ χαμηλού κινδύνου όγκοι ήσαν εκείνοι με μέγεθος κάτω των 2 εκ. και με λιγότερες από 5 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο. Χαμηλού κινδύνου οι όγκοι 2-5 εκ. με λιγότερες από 5 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο, ενδιαμέσου κινδύνου όγκοι μικρότεροι των 5 εκ. με 6-10 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο ή όγκοι 5-10 εκ. με λιγότερες από 5 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο και υψηλού κινδύνου πάνω από 5 εκ. και πάνω από 5 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο ή όγκοι πάνω από 10 εκ. ή πάνω από 10 μιτώσεις ανά οπτικό πεδίο. Οι όγκοι με μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης ταξινομήθηκαν ως κακοήγεις. Υπήρχε υλικό για DNA ανάλυση από 233 όγκους. Η ανάλυση περιελάμβανε τη μετάλλαξη στο KIT exon 11. Η διάμεση παρακολούθηση για τους επιζώντες ασθενείς ήταν 8 έτη (1,8 έως 19,5 έτη).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρχαν 259 ασθενείς, 130 άνδρες και 129 γυναίκες με διάμεση ηλικία 68 έτη. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν η αιμορραγία από το πεπτικό. Υπήρχαν 32 όγκοι πολύ χαμηλού, 85 χαμηλού,

53 ενδιάμεσου και 60 υψηλού κινδύνου όγκοι. 29 ασθενείς προσήλθαν με μεταστάσεις. Εκτομή RO επιτεύχθηκε σε 221 ασθενείς. Η ομάδα αυτή περιελάμβανε όλους τους ασθενείς με όγκους πολύ χαμηλού και χαμηλού κινδύνου, 48 από τους 60 ασθενείς με υψηλού κινδύνου όγκους και 5 με μεταστατική νόσο. Μετά τη RO εκτομή δεν υπήρχαν υποτροπές στους όγκους με πολύ χαμηλό, υπήρχαν 2 υποτροπές στην ομάδα των όγκων χαμηλού κινδύνου, 1 στην ομάδα ενδιαμέσου κινδύνου, 30 στην ομάδα υψηλού κινδύνου και όλοι οι ασθενείς με μεταστατική νόσο υποτροπίασαν. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι το μέγεθος του όγκου, ο δείκτης πολλαπλασιασμού, η μετάλλαξη στο KIT exon 11 και ο χρόνος από την αρχική εκτομή σχετίζονται με την υποτροπή. Η μεγάλη ηλικία, ο χρόνος από τη χειρουργική επέμβαση, ο δείκτης πολλαπλασιασμού και η μη επίτευξη RO εκτομής, σχετίζονται με τη θνητότητα τη σχετιζόμενη με τον όγκο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η δυνατότητα να επιτευχθεί RO εκτομή είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας στους ασθενείς με GIST. Οι ασθενείς με όγκους υψηλού κινδύνου ή μεταστατική νόσο κατά τη διάγνωση μπορεί να ωφεληθούν από τη χορήγηση Gleevec.

ΣΧΟΛΙΟ (Karen Brasel): Μελέτες τυχαιοποιημένες βρίσκονται σε εξέλιξη για να εκτιμήσουν τη χρησιμότητα του Imatinib ως επικουρική θεραπεία στους ασθενείς με GIST. Εκτός τυχαιοποιημένων μελετών, η παρούσα μεγάλη μελέτη με εξαιρετικά μακροχρόνια παρακολούθηση υποδεικνύει ότι οι ασθενείς με όγκους υψηλού κινδύνου μπορεί να ωφεληθούν από τη συμπληρωματική χορήγηση Imatinib μετά από RO εκτομή.

A SINGLE CENTER EXPERIENCE WITH INFLAMMATORY BREAST CANCER 1985-2003

Smoot RL, Koch CA et al.
Arch.Surg.2006, 141 (June) 567-573.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός των προγνωστικών παραγόντων για τους ασθενείς με φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αναδρομική μελέτη.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: 128 ασθενείς με φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού και χωρίς μεταστατική νόσο. Όλοι οι ασθενείς είχαν ερύθημα και οίδημα του μαστού. Δεν απαιτείτο όμως η παρουσία λεμφαγγειακής διήθησης του δέρματος κατά το χρόνο της αρχικής διάγνωσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκαν τα ιστορικά όλων των ασθενών και έγινε σταδιοποίηση αναδρομικά. Αξιολογήθηκαν τα φυσικά ευρήματα, οι εξετάσεις, η θεραπευτική σειρά και η εξέλιξη της νόσου. Στόχος ο καθορισμός των παραγόντων που θα μπορούσαν να προείπουν την υποτροπή και την επιβίωση. Χρησιμοποιήθηκε μονο- και πολυπαραγοντική ανάλυση για τον καθορισμό των σημαντικών παραγόντων. Αξιολογήθηκε η σειρά των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία ήταν 53 έτη και 57% ήταν εμμηνοπαυσιακές. Το 77% παρουσίαζε οίδημα και 88% ερυθρότητα στο μαστό, 74% είχε λεμφαγγειακή διήθηση και 63% διήθηση του δέρματος. Το ιστολογικό T ήταν συνήθως T0-T3 και το N μοιραζόταν ισομερώς μεταξύ N1-3. 52% είχε μασχαλιαίους ή υπερκλειδίους λεμφαδένες. Το 88% είχε πορογενές διηθητικό καρκίνο. Από τους 122 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης, το 83% είχε θετικούς λεμφαδένες. Είκοσι δύο ασθενείς αντιμετωπίστηκαν αρχικά χειρουργικά και 106 ασθενείς, υποβλήθηκαν αρχικά σε χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς που ξεκίνησαν χειρουργικά είχαν μικρότερους όγκους, λιγότερο οίδημα και ερυθρότητα. Σε όλες τις περιπτώσεις η εγχείρηση ήταν η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Δεν υπήρχαν διαφορές την επιβίωση που να σχετίζονται με τη σειρά της θεραπευτικής παρέμβασης. Στους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν μετά το 1995 με χημειοθεραπεία, χειρουργική και ακτινοθεραπεία, η 1ετής επιβίωση ήταν 74% και η 5ετής 26%. Με πολυπαραγοντική ανάλυση, η εμμηνοπαυση συνδέεται με λιγότερες υποτροπές και οι ψηλαφητοί λεμφαδένες με μειωμένη επιβίωση και η ακτινοθεραπεία με αυξημένη επιβίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι ασθενείς με φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού εξακολουθούν να έχουν πτωχή επιβίωση παρά την σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΣΧΟΛΙΟ (John Weigelt). Η μελέτη αυτή είναι μία πολύ καλή ανασκόπηση του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού. Περιέχει πολύ περισσότερες πληροφορίες από αυτές που μπορούν να χωρέσουν σε μία περίληψη. Η πολυπαραγοντική θεραπεία με χημειοθεραπεία, χειρουργική ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία, εάν υπάρχουν θετικοί υποδοχείς, βελτίωσε τα συνολικά αποτελέσματα συγκριτικά με μονή ή διπλή θεραπεία αλλά τα αποτελέσματα εξακολουθούν να είναι πτωχά. Ο τύπος της χημειοθεραπείας φαίνεται να κάνει τη διαφορά, αν και τα νούμερα είναι αρκετά μικρά για να αποκαλύψουν διαφορές μεταξύ των σχημάτων. Γενικά,

η παρούσα είναι μία ωραία μελέτη με πολλές πληροφορίες και είναι χρήσιμο να τις κρατήσει κανείς για την επόμενη περίπτωση φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού.

SELECTIVE MODIFIED RADICAL NECK DISSECTION FOR PAPILLARY THYROID CANCER-IS LEVEL I, II AND V DISSECTION ALWAYS NECESSARY?

Caron NR, Tan YY et al

World J.Surg.2006, 30 (May) 833-840.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός ποιου επιπέδου λεμφαδενικού καθαρισμού του τραχήλου είναι απαραίτητος στους ασθενείς με μεταστατικό θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αναδρομική μελέτη.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: 106 ασθενείς με μεταστατικό θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς που υπεβλήθησαν σε τραχηλικό καθαρισμό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκόπηση των ιστορικών των ασθενών για τον τύπο του λεμφαδενικού καθαρισμού και τα επίπεδα που περιελάμβανε, ειδικότερα αν περιελάμβανε εκτομή των λεμφαδένων επιπέδου I, II και V ομόπλευρα ή ετερόπλευρα. Η συχνότητα θετικών λεμφαδένων και οι υποτροπές συσχετίζονται με το επίπεδο του καθαρισμού. Ο τελικός στόχος ήταν η ανεύρεση ποιου επιπέδου καθαρισμός πρέπει να περιληφθεί για το θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 102 ασθενείς είχαν ένα ομόπλευρο λεμφαδενικό καθαρισμό και 95% είχαν τουλάχιστον ένα θετικό λεμφαδένα. Μεταξύ αυτών υπήρχαν 4 ασθενείς που το παρασκεύασμα περιελάμβανε λεμφαδένες επιπέδου I, 74 με λεμφαδένες επιπέδου II και 19 με λεμφαδένες επιπέδου V. Εάν οι λεμφαδένες επιπέδων I ή V δεν είχαν αφαιρεθεί, θα υπήρχε 1% πιθανότητα υποτροπής στο επίπεδο I και V. Εάν οι λεμφαδένες επιπέδου II δεν είχαν αρχικά αφαιρεθεί, η υποτροπή στο επίπεδο II θα ήταν 21%. Τριάντα πέντε ασθενείς είχαν αμφοτερόπλευρο λεμφαδενικό καθαρισμό και 74% είχαν τουλάχιστον 1 λεμφαδένα θετικό. Η υποτροπή για το επίπεδο I μεταξύ αυτών των ασθενών, αν οι αδένες αυτοί δεν είχαν αφαιρεθεί ήταν 6% και για το επίπεδο V 0%. Η υποτροπή για το επίπεδο II ήταν 14%. Ακόμη και όταν οι λεμφαδένες του επιπέδου II είχαν αφαιρεθεί, η υποτροπή ήταν 19% για τον ομόπλευρο και 10% για τον ετερόπλευρο καθαρισμό. Με ή χωρίς τον καθαρισμό του επιπέδου II, οι υποτροπές δεν διέφεραν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι λεμφαδένες επιπέδων I και V δεν χρειάζονται να αφαιρεθούν στους ασθενείς με μεταστατικό θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς εκτός αν υπάρχει κλινική ή ακτινολογική ένδειξη νόσου στην

περιοχή αυτή. Οι λεμφαδένες επιπέδου II πρέπει να αφαιρούνται.

ΣΧΟΛΙΟ (John Weigelt). Η «Berry picking» είναι συνήθης πρακτική στο λεμφαδενικό τραχηλικό καθαρισμό για θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς. Ένας τυπικά τροποποιημένος ριζικός τραχηλικός καθαρισμός, συνήθως δεν είναι απαραίτητος. Η μελέτη αυτή υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει ανάγκη στο λεμφαδενικό τραχηλικό καθαρισμό για θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς να αφαιρείται το επίπεδο I (υπογενειδίοι και υπογνάθιοι λεμφαδένες) και το επίπεδο V (λεμφαδένες οπισθίου τραχήλου). Αυτή φαίνεται λογική αλλά τώρα υπάρχουν και δεδομένα που υποστηρίζουν την άποψη αυτή.

EFFECTS OF TAMOXIFEN OR RALOXIFEN ON THE RISK OF DEVELOPING INVASIVE BREAST CANCER AND OTHER DISEASE OUTCOMES. THE NSABP STUDY OF TAMOXIFEN AND RALOXIFEN (STAR) P-2 TRIAL.

Vogel VG, Costantino JP et al
JAMA 2006, 295 (June 21) 2727-2741.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση της σχετικής αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της raloxifen και tamoxifen επί του κινδύνου ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος του μαστού σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Η STAR μελέτη, είναι μία προοπτική, διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη πολυκεντρική μελέτη από 1 Ιουλίου 1999 έως 31 Δεκεμβρίου 2005.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: 19.747 μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (μέση ηλικία 58,5 έτη) με έναν αυξημένο 5-ετή κίνδυνο διηθητικού καρκινώματος του μαστού (τροποποιημένη Gail score τουλάχιστον 1,66%, μέσος προβλέψιμος 5-ετής κίνδυνος 4,03%). Πάνω από το 93% των ασθενών ήταν Καυκάσιοι και πάνω από 50% είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή πριν την τυχαιοποίηση.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ: Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε ταμοξιφένη 20 mg ημερησίως είτε ραλοξιφένη 60 mg ημερησίως για 5 χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρωταρχικός στόχος ήταν το διηθητικό καρκίνωμα του μαστού. Δευτερεύοντες στόχοι το καρκίνωμα ενδομητρίου, in situ καρκίνωμα του μαστού, καρδιαγγειακή νόσος, εγκεφαλικά επεισόδια, θρομβοεμβολικά επεισόδια, οστεοπορωτικά κατάγματα, καταρράκτης και θάνατος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Υπήρχαν 163 περιπτώσεις διηθητικού καρκινώματος του μαστού στην ομάδα της ταμοξιφένης έναντι 168 στην ομάδα της ραλοξιφένης. Υπήρχαν λιγότερες περιπτώσεις μη διηθητικού καρκινώματος στην ομάδα της ταμοξιφένης (57) σε σύγκριση με την ομάδα της ραλοξιφένης (80), αν και η τάση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η

συχνότητα του καρκίνου του ενδομητρίου ήταν 38% χαμηλότερη στην ομάδα της ραλοξιφένης, όμως μη στατιστικά σημαντική. Όμως υπήρχε μία στατιστικά σημαντική αύξηση υπερπλασίας του ενδομητρίου στην ομάδα της ταμοξιφένης. Σημειώθηκε μία στατιστικά σημαντική 30% ελάττωση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων στην ομάδα της ραλοξιφένης. Υπήρχε επίσης σημαντική ελάττωση της συχνότητας του καταρράκτη και της χειρουργικής του καταρράκτη στην ομάδα της ραλοξιφένης. Η συχνότητα άλλων καρκίνων, ισχαιμικών καρδιακών επεισοδίων, εγκεφαλικών και οστεοπορωτικών καταγμάτων δεν διέφερε σημαντικά στις δύο ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ραλοξιφένη είναι εξίσου αποτελεσματική με την ταμοξιφένη στη μείωση της συχνότητας του διηθητικού καρκινώματος του μαστού, στις υψηλού κινδύνου μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική αύξηση του μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού. Η χρήση της ραλοξιφένης συνοδεύτηκε με χαμηλότερη συχνότητα θρομβοεμβολικών επεισοδίων και καταρράκτη. Ο κίνδυνος άλλων καρκίνων, καταγμάτων, εγκεφαλικών και ισχαιμικών καρδιακών επεισοδίων και θανάτου ήταν ίδιος στις δύο ομάδες.

ΣΧΟΛΙΟ (Todd Andrew Kellogg). Αυτή η μελέτη είναι μία ακόμη καλά σχεδιασμένη μελέτη από το NSABP. Επιβεβαιώνει παλαιότερες ανακοινώσεις για μείωση του κινδύνου διηθητικού καρκινώματος του μαστού από τη ραλοξιφένη και υπονοεί ότι η ραλοξιφένη είναι μία ασφαλής εναλλακτική λύση της ταμοξιφένης. Τρία σημεία χρήζουν εξήγησης. 1) Αν και η ραλοξιφένη χρησιμοποιείται για πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, δεν έχει έγκριση από το FDA για πρόληψη του διηθητικού καρκινώματος του μαστού. 2) Η απάντηση για το χρόνο χορήγησης της ραλοξιφένης προς επίτευξη καλού αποτελέσματος είναι άγνωστη. 3) Η χρήση της ραλοξιφένης στην προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην ομάδα αυτή των γυναικών.

SELF-EXPANDING METALLIC STENT AS A BRIDGE TO SURGERY VERSUS EMERGENCY RESECTION FOR OBSTRUCTING LEFT-SIDED COLORECTAL CANCER. A CASE-MATCHED STUDY.

Ng KC, Law WL et al.
J.Gastrointest. Surg. 2006, 10 (June): 79-803.

ΣΚΟΠΟΣ: Η σύγκριση ασθενών που είχαν αποφράσσει καρκίνωμα κόλου και αντιμετωπίστηκαν με προσωρινό stent με εκείνους που αντιμετωπίστηκαν με επείγουσα αφαίρεση.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Σύγκριση ενός ασθενούς με Stent προς 2 ασθενείς με επείγουσα αφαίρεση.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: 20 ασθενείς με Stent και 40 με επείγουσα αφαίρεση. Σύγκριση ήταν με την ηλικία, το φύλο, το έτος της εγχείρησης και τη διάρκεια της απόφραξης.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των αρρώστων. Ο κύριος στόχος ήταν η σύγκριση των δύο ομάδων για τη συχνότητα της πρωτογενούς αναστόμωσης, της δημιουργίας στομίας, της μετεγχειρητικής παραμονής στο νοσοκομείο, της νοσηρότητας και της θνητότητας.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ: Τα stent ετοποθετούντο ενδοσκοπικά. Μετά την τοποθέτηση του stent και την υποχώρηση κλινικά της απόφραξης, ο ασθενής προγραμματιζόταν για εκλεκτική εκτομή. Επείγουσα εκτομή γινόταν με τη διάγνωση και γινόταν πρωτογενή αναστόμωση αν είχε ένδειξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Πρωτογενής αναστόμωση έγινε στο 95% των ασθενών με stent και στο 73% των ασθενών με επείγουσα χειρουργική. Η διαφορά για την πρωτογενή αναστόμωση ήταν στατιστικώς σημαντική. Η συχνότητα της στομίας δεν ήταν διαφορετική. Σημειώθηκε μία επιπλοκή σε ασθενή με stent και αυτή οφειλόταν στη διάταση και όχι στο stent. Η μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο ήταν βραχύτερη στην ομάδα με stent αλλά η παραμονή στο νοσοκομείο που σχετίζεται με την τοποθέτηση του stent δεν αναφέρεται. Συνολικά το ποσοστό επιπλοκών δεν ήταν διαφορετικό στις δύο ομάδες. Η εγχειρητική θνητότητα ήταν 51 για την ομάδα του stent και 131 για την ομάδα της επείγουσα χειρουργικής. Η διαφορά ήταν σημαντική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η τοποθέτηση stent για όγκο αριστερού κόλου που δημιουργεί απόφραξη είναι μία αποτελεσματική γέφυρα προς την εκτομή.

ΣΧΟΛΙΟ (John Weight). Είναι σαφές ότι όταν τα stent δουλεύουν σε έναν ασθενή με αποφράσσοντα όγκο του κόλου, όλοι είναι ευτυχείς. Τα δεδομένα δείχνουν υψηλότερο ποσοστό πρωτογενούς εκτομής με αναστόμωση, αν και είναι ενδιαφέρον, η στομία χρησιμοποιήθηκε σε ίδιο αριθμό αρρώστων. Η μείωση της εγχειρητικής θνητότητας είναι ενδιαφέρουσα και εξηγείται από την κακή γενική κατάσταση των ασθενών, που ευνοεί την προσέγγιση με stent και δίδεται χρόνος βελτιώσεως των ιατρικών προβλημάτων πριν την εκτομή. Όμως ο χρόνος παραμονής με το stent αυξάνει τις επιπλοκές της μετάθεσης και καθήλωσης του stent, τις οποίες όμως δεν είδαμε σε αυτή τη μελέτη με βραχύ χρόνο αναμονής. Ένας ασθενής είχε μία διάτρηση συνδεδεμένη με την τοποθέτηση του stent. Το stent προσφέρει μία απλή προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ασθενών με απόφραξη του κόλου, με θετικές και αρνητικές παραμέτρους.

MANAGEMENT OF PANCREATIC ENDOCRINE TUMORS IN MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE I

Kouvaraki MA, Shapitro SE et al.
World J Surg. 2006, 30 (May): 645-653.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, της χειρουργικής αντιμετώπισης και της εξέλιξης της νόσου σε ασθενείς με παγκρεατικούς ενδοκρινικούς όγκους (ΠΕΟ) που συνδέονται με την πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου I (PEN I).

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αναδρομική μελέτη.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 98 με PEN I και βρέθηκαν 55 ασθενείς με ΠΕΟ. Η διάγνωση των λειτουργικών ΠΕΟ βασίστηκε είτε στα κλινικά χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζουν ένα σύνδρομο είτε στο υπερδιπλάσιο του φυσιολογικού επίπεδο των παγκρεατικών πεπτιδίων. Η διάγνωση του ινσουλινώματος βασίστηκε σε τιμή γλυκόζης αίματος <45mg/dL με επίπεδο ινσουλίνης >6μU/mL μετά από ολονύκτια νηστεία. Οι ΠΕΟ που δεν είχαν τα κριτήρια αυτά θεωρήθηκαν ως μη λειτουργικοί. Η πρόοδος της νόσου καθορίστηκε μετά από ακτινολογική ένδειξη υποτροπής είτε στο πάγκρεας είτε σε απομακρυσμένες θέσεις. Η ανάπτυξη μεταστατικής νόσου σε ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε χειρουργείο θεωρήθηκε ως εξέλιξη της νόσου. Οι ασθενείς με μεταστατική νόσο κατά το χρόνο της διάγνωσης αποκλείστηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι επτά γυναίκες και 28 άνδρες είχαν ΠΕΟ. Η ενδιάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση είναι 37 έτη (8-69) έτη. Οι όγκοι ήταν λειτουργικοί σε 35 ασθενείς και μη λειτουργικοί σε 20. Οι λειτουργικοί όγκοι διαγνώστηκαν κατά μέσο όρο 8 έτη πριν από τους μη λειτουργικούς. Το ενδιάμεσο μέγεθος των όγκων κατά τη διάγνωση ήταν 2,8εκ. (0,6-13 εκ.). Κανένας ασθενής με όγκο <2,5εκ. κατά το χρόνο διάγνωσης δεν παρουσίαζε μεταστατική νόσο. Παγκρεατική χειρουργική εφαρμόστηκε σε 38 από τους 55 ασθενείς. Η συννηθεστέρα επέμβαση ήταν η ουραία παγκρεατεκτομή με εκπυρήνωση των επιπλέον όγκων σε 27 ασθενείς. Σε 4 ασθενείς έγινε μόνο εκπυρήνωση, σε 3 ολική παγκρεατεκτομή και σε 4 παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή με εκπυρήνωση των υπολοίπων όγκων. Η ενδιάμεση ελεύθερη νόσου επιβίωση ήταν 12,5 έτη και η ενδιάμεση ολική επιβίωση 19,5 έτη. Η ολική επιβίωση ήταν μακρύτερη για λειτουργικούς όγκους από αυτή των μη λειτουργικών όγκων. Η ηλικία, η εκτομή και ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης συνοδεύτηκαν από βελτιωμένη ελεύθερης νόσου επιβίωση στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Η ανατομική εκτομή του παγκρέατος συνοδεύτηκε από καλύτερη επιβίωση και λιγότερες υποτροπές από την εκπυρήνωση.

ΣΧΟΛΙΟ (Karen Brasel): Όπως και τα γαστρινώ-

ματα, αυτοί οι όγκοι είναι σπάνιοι και είναι δύσκολο να πάρεις πληροφορίες για την κατάλληλη αντιμετώπιση τους λόγω έλλειψης μεγάλων σειρών. Αυτή η σχετικά μεγάλη σειρά είναι αρκετά μικρή με αρκετά ετερογενή ομάδα ασθενών. Μερικοί παράγοντες όπως η ηλικία και η λειτουργικότητα των όγκων δεν μπορούν να τροποποιηθούν. Ο βαθμός εκτομής μπορεί να τροποποιηθεί και να επηρεάσει την πρόοδο της νόσου και την επιβίωση. Τα δεδομένα της παρούσης μελέτης δείχνουν ότι η εκπυρήνηση δεν πρέπει να είναι η μέθοδος εκτομής που προσφέρεται στην πλειονότητα του ασθενούς.

SALPINGO-OOPHORECTOMY AND THE RISK OF OVARIAN, FALLOPIAN TUBE AND PERITONEAL CANCERS IN WOMEN WITH BRCA1 OR BRCA2 MUTATION

Finch A, Beiner M et al.
JAMA 2006, 296 (July 12): 185-192.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών, των σαλπίγγων και του περιτοναίου σε γυναίκες με BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις και η εκτίμηση της ελάττωσης του κινδύνου αυτού μετά προφυλακτική αμφοτερόπλευρο σαλπιγγωοθηκεκτομή.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: Μετά από αποκλεισμούς, ένα σύνολο 1828 γυναικών που έφεραν BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις, ταυτοποιήθηκαν από μία διεθνή γραμματεία όγκων από 32 κέντρα μεταξύ των ετών 1992 και 2003. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν από την είσοδο τους στη μελέτη μέχρι της διαγνώσεως του καρκίνου (ωοθήκης ή σαλπίγγων ή περιτοναίου) ή του θανάτου τους ή της τελευταίας παρακολούθησής τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Εκείνοι που είχαν υποβληθεί σε αμφοτερόπλευρο σαλπιγγωοθηκεκτομή (ΑΣΩ) και εκείνοι που δεν είχαν υποβληθεί σε ΑΣΩ. Στόχοι ήταν η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών, των σαλπίγγων και του περιτοναίου. Η μείωση του κινδύνου από την προφυλακτική ΑΣΩ εκτιμήθηκε από την ανάλυση της επιβίωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των γυναικών κατά το χρόνο εισόδου στη μελέτη ήταν 47,3 έτη. Η μέση παρακολούθηση ήταν 3,5 έτη. Από τις 1828 γυναίκες οι 1380 (75,5%) ήσαν φορείς BRCA1 μετάλλαξης, 440 (24,1%) φορείς BRCA2 μετάλλαξης και 8 (0,4%) φορείς και των δύο 555 γυναίκες (30%) υποβλήθηκαν σε προφυλακτική ΑΣΩ πριν από την είσοδο στη μελέτη, 490 (27%) υποβλήθηκαν στην επέμβαση μετά την είσοδο τους στη μελέτη και 783 (43%) δεν υποβλήθηκαν σε επέμβαση. Στις γυναίκες με

ακέραιες ωοθήκες αναπτύχθηκαν 32 καρκίνοι (1015/100.000 ανά έτος). Υπήρχαν 11 καρκίνοι κατά το χρόνο της προφυλακτικής ΑΣΩ και 7 μετά την προφυλακτική ΑΣΩ (217/100.000 ανά έτος). Η εκτιμηθείσα συχνότητα καρκίνου του περιτοναίου στα 20 χρόνια μετά την προφυλακτική ΑΣΩ ήταν 4,3%. Η ελάττωση του καρκίνου των ωοθηκών και των σαλπίγγων που σχετίζεται με την προφυλακτική ΑΣΩ ήταν 80%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε υψηλού κινδύνου γυναίκες με BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις, η προφυλακτική ΑΣΩ συνοδεύεται από σημαντική ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών και των σαλπίγγων. Όμως υπάρχει ένας σημαντικός υπολειπόμενος κίνδυνος καρκίνου του περιτοναίου σε αυτές τις γυναίκες.

ΣΧΟΛΙΟ (Todd Andrew Kellogg): Αυτή είναι η πρώτη μεγάλης κλίμακας προοπτική μελέτη του κινδύνου καρκίνου των ωοθηκών σε γυναίκες με BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις. Η εκτίμηση του αρχικού κινδύνου σε αυτή τη μελέτη είναι κάπως υψηλή αν και η ελάττωση του κινδύνου είναι συμβατή με άλλες λιγότερο καλά σχεδιασμένες μελέτες.

SYSTEMIC REVIEW AND METANALYSIS OF THE USE OF FIBRIN SEALANT TO PREVENT SEROMA FORMATION AFTER BREAST CANCER SURGERY

Corless PA, Henry DA
Brit.J.Surg. 2006, 93 (July): 810-819

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση δεδομένων της χρήσης συγκολλητικών ινών στην χειρουργική του καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του εάν είναι αποτελεσματικά στη μείωση της δημιουργίας συλλογής λέμφου και στη μείωση της παροχής των παροχετεύσεων.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και Μετα-Ανάλυση

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν πολλαπλές βάσεις δεδομένων συμπεριλαμβανομένων του MEDLINE, του EMBASE και του αρχείου του κέντρου Cochrane. Για να είναι αξιολογήσιμες οι μελέτες, έπρεπε να είναι ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες, έπρεπε να αναφέρουν το αριθμό των ασθενών που εμφάνισαν συλλογή λέμφου, να αναφέρουν τον όγκο των υγρών της παροχέτευσης και να είναι δημοσιευμένες σε αγγλόφωνο περιοδικό. Ο πρωταρχικός στόχος μέτρησης ήταν ο αριθμός των ασθενών που ενεφάνισαν συλλογή λέμφου και ο όγκος των παροχετεύσεων. Δεύτερος στόχος οι ημέρες παραμονής της παροχέτευσης, η συχνότητα της φλεγμονής του τραύματος και ο χρόνος παραμονής στο Νοσοκομείο. Όλες οι μελέτες αξιολογήθηκαν για την ποιότητα της

μεθοδολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δώδεκα μελέτες εκπληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποτέλεσαν τη βάση αυτής της ανασκόπησης. Οι μελέτες περιελάμβαναν ένα σύνολο 632 ασθενών. Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ήταν ο συχνότερος τύπος χειρουργείου (10 από 11 μελέτες). Η διάμεση ηλικία ήταν 73 έτη. Η ποσότητα της συγκολλητικής ουσίας που τοποθετήθηκε, η χρήση πίεσης και η έκταση της κινητοποίησης του ώμου ποίκιλλαν. Ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης συλλογής λέμφου μετά από εγχείρηση για καρκίνο του μαστού ήταν 1.14. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στον όγκο της παροχέτευσης μεταξύ αυτών που δέχθηκαν συγκολλητική ουσία και της ομάδος ελέγχου. Επίσης δεν υπήρξε αποτέλεσμα στο χρόνο παραμονής της παροχέτευσης, στη συχνότητα φλεγμονής του τραύματος και στο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο. Η γενική μεθοδολογική ποιότητα των 11 μελετών ήταν χαμηλή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Με τα δεδομένα αυτά η χρήση συγκολλητικής ουσίας στη χειρουργική του καρκίνου του μαστού δεν είναι αποτελεσματική σχετικά με τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης συλλογής λέμφου και τη μείωση του όγκου των παροχετεύσεων.

ΣΧΟΛΙΟ (Roger Blake): Η δημιουργία συλλογής λέμφου οφείλεται στη συσσώρευση λεμφικού υγρού λόγω διατομής των λεμφαγγείων. Φαίνεται απίθανο ένας αιμοστατικός παράγοντας να έχει αποτέλεσμα σε αυτή τη διαδικασία.

SAFETY OF PROLONGED INTERMITTENT PRINGLE MANEUVER DURING HEPATIC RESECTION

Ishiraki Y, Yoshimoto J. et al.
Arch Surg 2006, 141 (July): 649-653

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της ασφάλειας του παρατεταμένου διακοπτόμενου χειρισμού Pringle στην εκλεκτική ηπατεκτομή.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Αναδρομική σειρά.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανασκοπήθηκαν τα ιστορικά 157 ασθενών που υπεβλήθησαν μεταξύ Οκτωβρίου 2002 και Δεκεμβρίου 2004 σε ηπατεκτομή με εφαρμογή παρατεταμένου διακοπτόμενου χειρισμού Pringle. Συνολικά 34 ασθενείς είχαν χρόνο αποκλεισμού >90 min και αποτέλεσαν τη βάση αυτής της μελέτης. Ο χειρισμός Pringle εφαρμόστηκε με λαβίδα Satinsky για 15 min,

απελευθέρωση για 5 min και εκ νέου επαναλαμβανόμενη εφαρμογή μέχρι το τέλος της ηπατεκτομής. Η ομάδα I είχε συνολικό χρόνο αποκλεισμού 90-120min και η ομάδα II συνολικό χρόνο αποκλεισμού >120min. Τρεις ασθενείς με χολαγγειοκαρκίνωμα πύλης, είχαν προεγχειρητική παροχέτευση της χολής. Σε δύο ασθενείς έγινε προεγχειρητικά εμβολισμός της πυλαίας. Σε καμία περίπτωση δεν εφαρμόστηκε ψύξη του ήπατος. Η ηπατεκτομή έγινε με τη μέθοδο της «δια λαβίδας σύνθλιψης».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλες οι επεμβάσεις πλην μιας, έγιναν για κακοήθειες. Τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε τμηματεκτομή, 4 σε πολλαπλές περιορισμένες εκτομές και οι υπόλοιποι σε εκτεταμένες ηπατεκτομές. Η μέση ηλικία ήταν 61 ετών. 27 ασθενείς ήταν άνδρες. Ο μέσος χρόνος αποκλεισμού στην ομάδα I ήταν 99 min και στην ομάδα II 176 min, με δύο ασθενείς να έχουν συνολικό χρόνο αποκλεισμού >240 min. Η μέση απώλεια αίματος ήταν στην ομάδα I 883 cc και στην ομάδα II 1.409 cc. Διεγχειρητική μετάγγιση χρειάστηκαν 3 ασθενείς στην ομάδα II. Κανείς ασθενείς δεν έλαβε μετάγγιση μετεγχειρητικά. Στην ομάδα με χρόνο αποκλεισμού <90 min, η μέση απώλεια αίματος ήταν 450 cc και 3 από τους 123 ασθενείς χρειάστηκαν μετάγγιση. Ο εγχειρητικός χρόνος ήταν 179 min για την ομάδα I και 665 min για την ομάδα II. Η AST γύρισε στην προεγχειρητική τιμή της, σε 6,4 ημέρες στην ομάδα I και σε 9,7 ημέρες στην ομάδα II. Η ALT γύρισε στην προεγχειρητική τιμή της σε 9,5 στην ομάδα I και σε 13,7 ημέρες στην ομάδα II. Η μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο ήταν 33 ημέρες για την ομάδα I και 28 ημέρες για την ομάδα II. Δεν υπήρξε θνησιμότητα. Η συνολική νοσηρότητα ήταν 7 διαφυγές χολής με αυτόματη ίαση, 5 διαπυήσεις τραύματος, 2 πλευριτικές συλλογές και 1 ασθενής με γαστρική πάρεση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο παρατεταμένος διακοπτόμενος χειρισμός του Pringle χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς χωρίς αύξηση της ανάγκης μεταγγίσεως, μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας.

ΣΧΟΛΙΟ (Karen Brasel): Πιθανώς λόγω προσκόλλησης στις λεπτομέρειες και της καλής τους εκπαίδευση στις ηπατεκτομές, οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν τον διακεκομμένο αποκλεισμό χωρίς κακό αποτέλεσμα στην έκβαση των ασθενών. Πρέπει να σημειωθεί η αποφυγή μεταγγίσεων που πιθανά συνέβαλε στη μετεγχειρητική επιτυχία. Είναι επίσης αξιοσημείωτη η επί ένα μήνα μετεγχειρητική παραμονή στο νοσοκομείο.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία αποτελεί την επίσημη έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ογκολογίας και δημοσιεύει τα ακόλουθα βασικά είδη άρθρων που έχουν σχέση με το αντικείμενο της Χειρουργικής Ογκολογίας.

1. Άρθρα σύνταξης.
2. Γενικά θέματα.
3. Ανασκοπήσεις. Τα χειρόγραφα των ανασκοπήσεων δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 20 δακτυλογραφημένες σελίδες μαζί με τις βιβλιογραφικές παραπομπές.
4. Ερευνητικές εργασίες κλινικού ή πειραματικού περιεχομένου. Η έκταση των χειρογράφων μαζί με πίνακες και βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 15 δακτυλογραφημένες σελίδες.
5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Η έκτασή τους δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 10 δακτυλογραφημένες σελίδες μαζί με πίνακες και βιβλιογραφικές παραπομπές.
6. Επίκαιρα θέματα.
7. Σεμινάρια, Στρογγύλες Τράπεζες, Διαλέξεις.
8. Βιβλιοκρισίες.
9. Γράμματα προς τη σύνταξη.

ΔΟΜΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Το χειρόγραφο πρέπει να είναι δακτυλο-γραφημένο με διπλό διάστημα σε γραμματοσειρά Arial No 12 σε επεξεργαστή κειμένου Word 97 ή 2000 συμβατό με IBM και να έχει ξεχωριστή σελίδα με τον τίτλο της εργασίας, την περίληψη, το κείμενο τις ευχαριστίες, την αγγλική περίληψη, τις βιβλιογραφικές παραπομπές, τους πίνακες και τις λεζάντες των εικόνων:

1. Σελίδα τίτλου: Αυτή περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας (κεφαλαία), τα ονόματα των συγγραφέων (κεφαλαία), την Κλινική, το Εργαστήριο, το Τμήμα ή το Ίδρυμα από όπου προέρχεται, τον τρέχοντα τίτλο της εργασίας, τη διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, email του υπεύθυνου συγγραφέα για την αλληλογραφία.
2. Περίληψη: Αποτελείται από 150 περίπου λέξεις και στο τέλος αυτής σημειώνονται 3 - 10 λέξεις ευρετηρίου, που θα χρησιμοποιηθούν για τον κατάλογο των περιεχομένων. Οι όροι αυτοί πρέπει να παίρνονται από επικεφαλίδες αντιστοίχων κεφαλαίων του Index Medicus, εφόσον αυτό είναι δυνατόν.
3. Κείμενο: Διαιρείται σε τμήματα με τις επικεφαλίδες (οι επικεφαλίδες με κεφαλαία): Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα και Συζήτηση για τις ερευνητικές εργασίες και Εισαγωγή, Περιγραφή περιπτώσεως, Συζήτηση για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις.
4. Αγγλική περίληψη (SUMMARY) : Αποτελείται από 150 - 350 λέξεις. Στο τέλος αυτής αναφέρονται 3 - 10 Key words.
5. Βιβλιογραφία: Οι βιβλιογραφικές παραπομπές ακολουθούν το σύστημα Vancouver. Είναι αριθμημένες

με αραβικά νούμερα, διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρονται στο κείμενο. Προσοχή: Σε κάθε βιβλιογραφική παραπομπή πρέπει να γράφεται μετά τον τίτλο του περιοδικού, το έτος, ο τόμος και οι αριθμοί της πρώτης και της τελευταίας σελίδας του άρθρου. Θα αναφέρονται κανονικά οι έξι πρώτοι συγγραφείς και από τον έβδομο και μετά θα γράφεται et al. Οι τίτλοι των περιοδικών να αναφέρονται με σύντμηση όπως στο Index Medicus.

Παράδειγμα: Walz MK, Metz KA, Sastry M, Eigler FW, Leder LD. Benign mesothelial splenic cyst may cause high serum concentration of CA 19-9. Eur J Surg 1994 Jun-Jul;160(6-7):389-91

Μη δημοσιευμένες εργασίες να μην αναφέρονται στην βιβλιογραφία.

6. Πίνακες: Κάθε πίνακας είναι δακτυλογραφημένος με διπλό σύστημα σε ιδιαίτερη σελίδα. Οι πίνακες αριθμούνται διαδοχικά και έχουν ένα ολιγόλογο τίτλο ο καθένας. Πίνακες σε φωτογραφία δεν γίνονται δεκτοί.
7. Εικόνες: Οι λεζάντες και οι επεξηγήσεις γράφονται σε ιδιαίτερη σελίδα και όχι πάνω σε αυτές. Κάθε εικόνα πρέπει να έχει στην πίσω επιφάνειά της τον αριθμό της, τα ονόματα των συγγραφέων και ένα βέλος που να δείχνει το άνω μέρος αυτής, σημειωμένα με μολύβι. Υπάρχοντα σχήματα υποβάλλονται ως εικόνες. Δημοσιεύονται μόνο ασπρόμαυρες εικόνες ενώ για τις έγχρωμες επιβαρύνεται το κόστος ο συγγραφέας. Στις μικροφωτογραφίες να αναφέρεται η μεγέθυνση. Σε φωτογραφίες όπου φαίνονται τα πρόσωπα ανθρώπων να αποκρύπτονται τα χαρακτηριστικά τους ή να συνοδεύονται από γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς. Αν μια εικόνα έχει δημοσιευθεί αλλού, να γνωστοποιείται και να συνοδεύεται από γραπτή άδεια για τα δικαιώματα.

Οι εργασίες αποστέλλονται σε διπλή μορφή γραπτή και ηλεκτρονική (cd ή δισκέτα) με προσοχή ώστε να μην διπλωθούν κατά την ταχυδρόμηση, στη διεύθυνση Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας (υπ' όψιν κ. Εμμ. Παναγόπουλου), Νοσοκομείο "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", Λ. Αλεξάνδρας 171, Τ.Κ. 115 22 Αθήνα.

Η εργασία πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητως από επιστολή υπογεγραμμένη από όλους του συγγραφείς η οποία θα αναφέρει:

- A. Η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό περιοδικό.
- B. Η εργασία εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.

Η δημοσίευση στην Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία δεν σημαίνει απαραίτητως και αποδοχή της γνώμης και των συμπερασμάτων των συγγραφέων από τη συντακτική επιτροπή.