



Η ΕΜΕΙΣ
Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ίαση | Στήριξη
Διοργανώνει



3ⁿ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

**Καρκίνος Μαστού και οι Σύγχρονες
Προκλήσεις στην Κλινική Διαχείριση**

**{ ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ/ΕΡΓΑΣΙΩΝ }**

**Σάββατο 17 Δεκεμβρίου
& Κυριακή 18 Δεκεμβρίου 2022**

Με την ευγενική
υποστήριξη της
Κλινικής ΙΑΣΩ

 **ΙΑΣΩ**
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
& ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ & ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

 ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ
Β' Κλινική Μαστού

Τόπος Διεξαγωγής: ΙΑΣΩ | Δωρεάν Συμμετοχή

 **PRC**
Congress & Travel
...helping to distribute knowledge

Γραμματεία: PRC CONGRESS & TRAVEL

Μιχαηλακοπούλου 105, 11527, Αθήνα | Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 210 7711673,
Fax: 210 7711289 | www.prctravel.gr | Email: congress3@prctravel.gr

Οι ασθενείς με **HER2+** καρκίνο του μαστού αφιερώνουν
έως 100 ώρες κάθε χρόνο για την θεραπεία τους.^{1,2}

**Πως μπορείτε να προσφέρετε θεραπεία υψηλής ποιότητας που να είναι
ταυτόχρονα αποτελεσματική και αποδοτική;**

Το **PHESGO®** συνδυάζει τα πλεονεκτήματα του PERJETA®, Herceptin® σε μια ένεση υποδόριας
μορφής, **σταθερού συνδυασμού που μπορεί να χορηγηθεί μέσα σε 5 λεπτά.**¹⁻⁴



Η εγκαθιδρυμένη θεραπεία για τον **HER2+** καρκίνο του μαστού πλέον χορηγείται σε πολύ λιγότερο χρόνο^{12,4,11} και δίνει την δυνατότητα μείωσης της απόρριψης ποσοτήτων φαρμάκου λόγω ρύθμισης της δόσης και δύναται να απελευθερώσει έως

70% & **90%**

του χρόνου του νοσηλευτικού προσωπικού¹²⁻¹⁵

του χρόνου που περνάει ο ασθενής στην καρέκλα έγχυσης¹²⁻¹⁵

PHESGO®
PERTUZUMAB-TRASTUZUMAB
Go there

Η εξοικονόμηση χρόνου και πόρων προκύπτει από τις αντίστοιχες συγκριτικές μελέτες του Herceptin SC έναντι του Herceptin IV¹²⁻¹⁵

Πληροφορίες για την ασφάλεια: Για Επαγγελματίες Υγείας

Οι πιο συχνές ADRs (≥30%) που αναφέρθηκαν σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με PHESGO ή ενδοφλέβια περτουζουμάμπη σε συνδυασμό με τραστοζουμάμπη και χημειοθεραπεία ήταν η αλωπεκία, η διάρροια, η ναυτία, η αναιμία, η εξασθένιση και η αρθραλγία. Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε όπως παραπεμφθείτε στην ΠΧΠ του φαρμάκου που παρατίθεται κάτωθεν.

Πληροφορίες για την κύηση: Για Επαγγελματίες Υγείας

Εάν μία ασθενής μείνει έγκυος ενώ λαμβάνει PHESGO, ή εντός 7 μηνών μετά την τελευταία δόση του PHESGO, παρακαλούμε να αναφέρετε αμέσως την εγκυμοσύνη στην τοπική Μονάδα Φαρμακοεπαγρύπνησης της Roche (HELLAS) ΑΕ στα παρακάτω στοιχεία. Επιπρόσθετες πληροφορίες θα ζητηθούν κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης με έκθεση στο PHESGO και κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής του βρέφους. Αυτό θα δώσει στη Roche τη δυνατότητα να κατανοήσει καλύτερα την ασφάλεια του PHESGO και να παρέχει κατάλληλες πληροφορίες στις υγειονομικές αρχές, στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στους ασθενείς. Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε ανατρέξτε στην ΠΧΠ του PHESGO.

PHESGO Τρόπος διάθεσης: Με περιορισμένη ιατρική συνταγή.

Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.

Phesgo 1200mg / 600mg Ελλάδα: Ν.Τ. 5.316,43 € Λ.Τ. 6.393,10 €	Phesgo 1200mg / 600mg Κύπρος: Μ.Α.Τ. 7.249,43 €
Phesgo 600mg / 600mg Ελλάδα: Ν.Τ. 3.382,85 € Λ.Τ. 4.067,94 €	Phesgo 600mg / 600mg Κύπρος: Μ.Α.Τ. 4.710,46 €

Βιβλιογραφία

1. PERJETA Summary of Product Characteristics. 2. Herceptin Summary of Product Characteristics. 3. PHESGO Summary of Product Characteristics. 4. Tan AR, et al. *Lancet Oncol* 2021;22:85–97. 5. Ditsch N et al. *Breast Care* 2019; 14: 224–245. 6. NCCN Guidelines Version 5.2020 - Invasive Breast Cancer. Published July 2020. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx 7. Cardoso F et al. *Ann Oncol* 2018; 29: 1634–1657. 8. Cardoso F et al. *Ann Oncol* 2019; 30: 1194–1220. 9. Burstein NJ et al. *Ann Oncol* 2019; 30: 1541–1557. 10. Pivot X et al. *Ann Oncol* 2014; 25: 1979–1987. 11. Ismael G et al. *Lancet Oncol*. 2012;13: 869–78. 12. De Cock E et al. *European Cancer Congress* 2013, abstract #P128. 13. Maniadaakis N et al. *Journal of Cancer Policy* 2017. Accessed at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcpo.2017.05.001>. 14. Lopez-Vivanco G et al. *Clin Transl Oncol* 2017; 19: 1454–1461. 15. De Cock E et al. *Cancer Med* 2016; 5: 389–397.

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους - κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Πρέπει να γίνεται αναφορά των ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να αναφέρονται ως εξής: **Ελλάδα:** στη Μονάδα Φαρμακοεπαγρύπνησης της Roche (Hellas) Α.Ε., είτε αποστέλλοντας e-mail (hellas.drugsafety@roche.com), είτε τηλεφωνικώς (+30 2106166100). **Κύπρος:** στο Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης της εταιρείας Γ.Α. Σταμάτης & Σία Λτδ, είτε αποστέλλοντας e-mail (drugsafety@stamatis.com), είτε τηλεφωνικώς (+357 22-257200) ή μέσω Φαξ (+357 22-257300).

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και

Αναφέρετε:

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για

ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Ελλάδα: ROCHE (Hellas) A.E.

Αλμάνας 4 & Δελφών,
151 25 Μαρούσι, Αττική, Τηλ: 210 6166100,
email: hellas.medinfo@roche.com
800 111 93 00 (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)

Κύπρος: Γ.Α. Σταμάτης & Σία Λτδ.

Τηλ: +357 - 22 76 62 76



ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταμοξифαίνη ή με αναστολέα αρωματάσης, σε ενδοκρινικά ανταποκρινόμενο καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου, σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο υποτροπής, οι οποίες είναι επιβεβαιωμένα προεμμηνασιακές, μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας¹.

1. Arvekap® 3,75mg, Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος
Συνταγογραφικές πληροφορίες του προϊόντος σε επόμενη
σελίδα του εντύπου.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



The next level in ultrasound breast biopsy procedures

BD EleVation™ Breast Biopsy System

This ergonomic, handheld vacuum-assisted device is engineered to elevate expectations.

- Single Insertion Multiple Sample (SIMS™) Technology
- Available in 10G, 12G and 14G
- Average 9-second sampling time*

The BD EleVation™ Breast Biopsy System gives you the flexibility to handle different lesions and different locations with confidence.



TriConcave™ tip

- Sharp needle for ease of penetration

Echogenic markings on cutting cannula

- Enables visualization under ultrasound

Integrated coaxial cannula

Optional prime/pierce

Lightweight, low-profile driver

- Well-balanced and ergonomic to facilitate sampling in all clock positions and easy access to lesions in all locations of the breast
- Durable to withstand repeated torque, reasonable drops, and multiple cleanings without damage or discoloration

Sample container

- Illuminated sample container
- Enables you to visualize sample tissue for faster clinical decision-making
- Easy to remove and fits into a standard formalin container for transfer to pathology lab

Bard Hellas S.A.

1 Filellinon str. & Megalou Alexandrou, Gr 16452, Argiroupoli, Athens, Greece

Phone: +30 210 969 0770, Fax: +30 210 962 8810, www.bd.com/Greece

BD-49287

© 2018 BD, BD, BD Logo, and all other trademarks are property of Becton, Dickinson and Company.

CE
2797

*NOTE: Average sample time was observed in a preclinical model. Preclinical testing may not be predictive of actual clinical outcomes. Different test methods may yield different results. Data on File, Bard Peripheral Vascular, Inc., Tempe, AZ.





Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΗΘΟΣ ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Στο Κέντρο Μαστού του ΙΑΣΩ είμαστε περήφανοι που έχουμε καταφέρει να είμαστε η μεγαλύτερη κλινική με εξειδίκευση στον μαστό, στην Ελλάδα. Γιατί αντιμετωπίζουμε κάθε γυναίκα με αγάπη, συνέπεια και σεβασμό. Το κορυφαίο μας ιατρικό προσωπικό είναι άμεσα δίπλα σας, για να σας προσφέρει άρτια πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση, κάθε στιγμή.

www.iaso.gr



Μέλος του Ομίλου



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

Breast Cancer – The Next Stage

A molecular diagnostic test for quantitative determination of the **4** key biomarkers used in the subtyping of breast cancer

ER

PR

HER2

Ki-67

Innovation for your breast cancer diagnostics

High- performance

Precise quantitative results for mRNA expression of HER2, ER, PR and Ki-67 Outperforms IHC by accurate Ki-67 determination

Accurate and reliable test to stratify breast cancer into surrogate subtypes acc. to St Gallen

Reproducible

Highly reproducible results with extremely low inter-/intra-laboratory variation

Validated

Clinical value has been validated in numerous performance evaluation studies

Prognostic

Extended information on patient's prognosis

Predictive

Accurate subtyping supports treatment decisions

Optimized

Reliable method for any pathology laboratory

Easy-to-use

Easy-to-use test which allows results within 6 hours



P. Zafiropoulos s.a.
Diagnostics

Advancing Life Sciences - Innovating Health Care™

www.pzafiropoulos.gr



Cerca
Biotech

Σάββατο 17 Δεκεμβρίου
& Κυριακή 18 Δεκεμβρίου 2022

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρία | Ίαση | Στήριξη



ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

Β' Κλινική Μαστού

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος Ξεπαπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος Παπαδημητρίου Χρίστος
Γραμματέας Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος Ξεπαπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

Μέλη

Κεραμόπουλλης Αντώνιος
 Παυλάκη Αικατερίνη

Κόλλιας Σπυρίδων
 Φωστήρα Φλωρεντία

Νόννη Αφροδίτη
 Παπαδημητρίου Χρίστος

ΤΙΜΗΤΙΚΗ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Δρ Γεώργιος Σταματίου, Μ/Γ, Πρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου ΙΑΣΩ
- Αριστείδης Αντσακλής, MD, PhD, FRCOG (Hon.).
 Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Εμβρυομητρικής & Περιγεννητικής Ιατρικής
 Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)
 Διευθυντής Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής ΙΑΣΩ, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου
 ΙΑΣΩ
- Εμμανουήλ Διακομανώλης, Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας Πανεπιστημίου
 Αθηνών (ΕΚΠΑ), Ιδρυτής και Επίτιμος Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας
 Τραχήλου και Κολποσκοπησης

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Μαραγκουδάκης Ευάγγελος
 Παυλάκης Εμμανουήλ
 Σταυρίδη Φλώρα

Σάββατο 17 Δεκεμβρίου
& Κυριακή 18 Δεκεμβρίου 2022

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στην **3^η Επιστημονική Διημερίδα**, την οποία διοργανώνει η **Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. (Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία – Ίαση-Στήριξη)** και θα διεξαχθεί στις 17 και 18 Δεκεμβρίου 2022, στην Αίθουσα Εκδηλώσεων της Κλινικής ΙΑΣΩ (στο Μαρούσι).

Στόχος της Υβριδικής Διημερίδας είναι η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, η ενημέρωση για τα τελευταία δεδομένα και η προαγωγή της έρευνας. Η διαρκής εκπαίδευση και ενημέρωση των νέων και παλαιότερων συναδέλφων, είναι σήμερα πολυτιμότερη από ποτέ. Η συμμετοχή σε υψηλού επιπέδου επιστημονικές συναντήσεις είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ποιότητας στην ιατρική πράξη σε ένα επιστημονικά και κοινωνικοοικονομικά απαιτητικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Με εκτίμηση

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής &
Πρόεδρος της Ε.Μ.Ε.Ι.Σ

Γρηγόρης Ξεπαπαδάκης
Χειρουργός Μαστού
Διευθυντής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ

PR.C.
Congress & Travel
...helping to distribute knowledge

Μιχαλακοπούλου 105, 11527, Αθήνα
Tel: +30 210 7711673, Fax: +30 210 7711289
Email: congress3@prctravel.gr
Web Site: www.prctravel.gr

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Διημερίδας: Σάββατο 17 & Κυριακή 18 Δεκεμβρίου 2022

Τόπος: Αθήνα

Συνεδριακός Χώρος: Αμφιθέατρο Κλινικής «ΙΑΣΩ»

Web Site: www.prctravel.gr

Ο Πρόεδρος της 3ης Διημερίδας και Πρόεδρος της ΕΜΕΙΣ καθώς και η Οργανωτική Επιτροπή εκφράζουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ακόλουθους χορηγούς για την συμβολή τους



Advancing Life Sciences - Innovating Health Care™

► ΕΓΓΡΑΦΕΣ

ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ LINK ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Η εγγραφή στην Διημερίδα είναι ΔΩΡΕΑΝ

Οι ενδιαφερόμενοι έχουν την δυνατότητα να εγγραφούν στο ακόλουθο link και να επιλέξουν τον τρόπο παρακολούθησης:

<https://registration.letscongress.eu/newpnr/1377>

ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑ ΖΩΣΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Οι ενδιαφερόμενοι έχουν την δυνατότητα να εγγραφούν **ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑ ΖΩΣΗΣ συμμετοχή τους** να προσκομίσουν κατά την είσοδό τους στη Συνεδριακή αίθουσα rapid test 24 ωρών.

Για τις εγγραφές με Φυσική παρουσία θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας εάν υπάρχουν περιορισμοί από τον ΕΟΔΥ. Για την Διαζώσης συμμετοχή είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση του Δελτίου Συμμετοχής και η αποστολή του με email στη Γραμματεία της Διημερίδας.

Η χρήση μάσκας είναι υποχρεωτική

► ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME- UEMS, έχει χορηγήσει 16 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) στους συμμετέχοντες

► ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Βάσει της διάταξης του ΕΟΦ (81867/19-11-2012) όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι δικαιούνται Πιστοποιητικό Παρακολούθησης, εφ' όσον έχουν συμπληρώσει το 60% των συνολικών ωρών παρακολούθησης του συνεδρίου. Βάσει των νέων διατάξεων του ΕΟΔΥ. Η απονομή πιστοποιητικών γίνεται μόνο ηλεκτρονικά (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) μετά το πέρας της Διημερίδας.

Ο αριθμός των Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) που θα χορηγηθεί στον κάθε Σύνεδρο, θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης.

► ΚΑΡΤΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Η είσοδος των συνέδρων στην αίθουσα ελέγχεται με ηλεκτρονική σάρωση της κάρτας συνέδρου (BARCODE) σύμφωνα με τη διάταξη του ΕΟΦ (81867/19-11-2012) καθ' όλη τη διάρκεια της Διημερίδας.

► ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Η Γραμματεία της Διημερίδας θα λειτουργεί καθ' όλη την διάρκεια του Συνεδρίου τις ακόλουθες ημέρες και ώρες:

Σάββατο 17 Δεκεμβρίου 2022 08.30 - 20.30

Κυριακή 18 Δεκεμβρίου 2022 08.30 -17.30

► ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της Διημερίδας θα λειτουργεί τεχνική γραμματεία παραλαβής των παρουσιάσεων (preview desk) . Οι κ.κ. ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις εισηγήσεις τους σε ηλεκτρονική μορφή (USB stick σε PPT ή PDF format,) τουλάχιστον μία ώρα πριν από την έναρξη της ομιλίας τους.

► ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Στους συνεδριακούς χώρους παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στο διαδίκτυο (Wi-Fi). Ο κωδικός πρόσβασης θα είναι διαθέσιμος από τη γραμματεία της Διημερίδας.

► ΒΡΑΒΕΙΑ

Μετά απο απόφαση του Προέδρου του ΔΣ της Ε.ΜΕΙΣ θα χορηγηθούν βραβεία στις 3 καλύτερες αναρτημένες ανακοινώσεις

► ΧΡΗΜΑΤΙΚΑ ΕΠΑΘΛΑ

1^η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 1.000 €

2^η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 700 €

3^η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 500 €





ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

08.30-09.15

Προσέλευση – Εγγραφές

09.15

Χαιρετισμοί**Δρ. Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης**, Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής & Πρόεδρος της Ε.Μ.Ε.Ι.Σ**Δρ Γεώργιος Σταματίου**, Μ/Γ, Πρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου ΙΑΣΩ**Αριστείδης Αντσακλής**, MD, PhD, FRCOG (Hon.), Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Εμβρυομητρικής & Περιγεννητικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Διευθυντής Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής ΙΑΣΩ, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΙΑΣΩ**Εμμανουήλ Διακομανώλης**, Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Ιδρυτής και Επίτιμος Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας Τραχήλου και Κολποσκόπησης

09.30-10.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΟΠΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ****Προεδρείο: Λανίτης Σ. - Χαλαζωνίτης Α.- Βαράκη Κ.**

Χειρουργική προσέγγιση Β3 αλλοιώσεων

Φλέσσας Ι. 15'

Σύγχρονες Τεχνικές ανεύρεσης μη ψηλαφητών αλλοιώσεων μαστού πέραν του συρμάτινου οδηγού. Τι γνωρίζουμε.

Παπαδόπουλος Α. 15'

Προεγχειρητική απεικόνιση αλλοιώσεων μαστού

Πούλου Α. 15'**Σχολιασμός: Κυριάκου Γ.- Μαλακάσης Π.- Δημητρόπουλος Ν. -****Αγγελόπουλος Μ.Π**

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

10.45-11.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: *Αρκαδόπουλος Ν.- Φουστάνος Α.- Παρασκευόπουλος Σ.*

Μέθοδοι ανεύρεσης βιοψίας φρουρού λεμφαδένα πλύν Τεχνήτιου. Τι στοιχεία έχουμε. Πόσο ασφαλείς νιώθουμε

Καραπαναγιώτης Κ. 15'

Διαχείριση μασχάλης μετά από Νεοεπικουρική χημειοθεραπεία

Σταθουλοπούλου Μ. 15'

Ογκοπλαστική Μαστού

Αναστασάκου Κ. 15'

Παρουσίαση περιστατικού

Μιχαλόπουλος Ν. 10'

Σχολιασμός: *Γραββάνης Α.-Σταφυλά Β.-Κορωνάρχης Δ. 15'*

11.30-12.00

Διάλειμμα καφέ

12.00-12.30

KEY LECTURE

Προεδρείο: *Ξεπαπαδάκης Γ. – Παπαδόπουλος Λ.- Ιγνατιάδου Ε.*

Positive Sentinel Lymphnode In A Clinically

Negative Axilla. Guidelines And Clinical Trials

Θετικός φρουρός λεμφαδένας σε κλινικά αρνητική μασχάλη.

Κατευθυντήριες οδηγίες και κλινικές μελέτες.

C.Tinterri 30'

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

12.30 -13.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ***Προεδρείο: Παπαδόπουλος Γ.- Πατσέα Ε.- Γιαννούλης Κ.*

Ποιοί πώς και πότε πρέπει να ελέγχονται

Φωστήρα Φ. 15'PARP αναστολείς και άλλες επιλογές συστηματικής **AstraZeneca** 
θεραπείας στον κληρονομικό καρκίνο του μαστού**Καραγεωργοπούλου Σ. 15'**

Χειρουργικές επιλογές για ασθενείς με κληρονομικό καρκίνο μαστού

Γάκη Β. 15'

Παρουσίαση περιστατικού

Σαλούστρος Εμμ. 10'**Σχολιασμός: Λύπας Γ.- Δουβετζέμης Σ.- Ασκοξυλάκης Ι. 15'**

13.45-14.15

Διάλειμμα Ελαφρύ γεύμα

14.15-15.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ***Προεδρείο: Πανοσκάλτης Θ.- Αντσακλής Α.- Παυλάκη Αικ.*

Διατήρηση της γονιμότητας στον καρκίνο του μαστού

Μαντζαβίνος Θ. 15'

Εξωσωματική γονιμοποίηση και κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Πανούσης Δ. 15'

Εγκυμοσύνη μετά από καρκίνο του μαστού

Καναλουπίτη Δ. 15'

Σεξουαλική υγεία μετά από καρκίνο του μαστού

Τρομπούκης Σ. 15'

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού σε πολύ νεαρές (<35 ετών) γυναίκες: Το πεδίο, πέρα από τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες

Νασίκας Δ. 15'**Σχολιασμός: Βασιλόπουλος Ι. - Σούσης Ι. - Ψαθάς Π. 15'**

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

15.45-16.15

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ



Bayer

Προεδρείο: Χριστοδουλίδου Ι.-Συργιάννης Κ.- Μιχαλόπουλος Α.

Supplemental Breast MRI for Women with Extremely Dense Breasts: DENSE

Πούλου Λ.

16.15-16.45

Διάλεξη

Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ε. - Κόλλιας Σ.- Μαρκόπουλος Χ.

Η Συνεισφορά των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Σχολής Ογκολογίας στη Σταδιοδρομία των νέων Ογκολόγων

Παυλίδης Ν. 20'

16.45-17.15

Διάλεξη

Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ.- Καρυδά Ειρ.

Η διαχείριση των ασθενών σε οργανωμένες Μονάδες - μαστού πλεονεκτήματα και οφέλη

Βενιζέλος Β.

17.15-18.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5 Α

ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ 1

Προεδρείο: Παπανδρέου Χ.- Νόννη Α. - Γρηγορόπουλος Π.

Γονιδιακές Υπογραφές για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων: Σε ποιες ασθενείς; Ποια υπογραφή;

Μπαρμπούνης Β. 20'

Μοριακές Υπογραφές 2^{ης} γενιάς για τον Καρκίνο του Μαστού - ο ρόλος του Endo Predict

Λύπας Γ. 20'

Γονιδιακές υπογραφές παράδοξα αποτελέσματα

Ντασίου Ν. 15'

Σχολιασμός: Καναλουπίτη Δ.- Αναστασάκου Κ.- Φωστήρα Φ. 15'



ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

18.15-18.30

Διάλειμμα καφέ

18.30-19.35

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5 Β**ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ 2***Προεδρείο: Μπαρμπούνης Β.-Κοσμίδης Π.*Πολυγονιδιακές Υπογραφές: Τι συστήνουν οι
κατευθυντήριες οδηγίες*Τσούλος Ν. 30'*Ιατρική ακριβείας στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Όταν οι
θεραπευτικές επιλογές φαίνεται να εξαντλούνται*Παπαδημητρίου Χ. 20'**Σχολιασμός: Χριστοπούλου Α.-Φωστήρα Φ.- Κοντούλης Θ. 15'***Genekor**
Committed to Biotechnological Innovation

19.35-20.35

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6**ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ***Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ε.-Κοντός Μ.- Κεραμόπουλλος Α.*

Η ακτινοθεραπεία ως σύμμαχος της σύγχρονης χειρουργικής μαστού

Κουλουλίας Β. 15'

Ακτινοθεραπεία και αύξηση της επιβίωσης στον καρκίνο μαστού

*Δημόπουλος Α. 15'*Ενσωματώνοντας την ακτινοθεραπεία στις στοχεύουσες θεραπείες
στον καρκίνο του μαστού*Τριχάς Μ. 15'*

Παρουσίαση περιστατικού 15'

*Πετεινέλη Ε.**Σχολιασμός: Ζυγογιάννη Α.-Μεταξάς Γ.- Μπαλτάς Δ.- Βερίγος Κ. 15'*

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

08.30- 09.00

Προσέλευση

09.00-10.30

Παρουσίαση αναρτημένων ανακοινώσεων

Προεδρείο: Κεραμόπουλος Δ.- Παυλάκης Εμμ.- Ντρουφάκου Σ.

AA001

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ
Κωνσταντίνος Συργιάννης¹, Καλλιόπη Βαράκη¹, Μαρουλιώ Σταθουλοπούλου¹, Άννα Βρετού¹, Βασίλης Τρίγκας¹, Μαρία Ματιάτου¹, Χαρά Τζαβάρ², Βενιζέλος Βασίλης¹.

1) Ιατροί Μονάδας Μαστού Θεραπευτηρίου Metropolitan

2) Βιοστατιστικός ΕΚΠΑ

AA002

ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ:ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Γ. Σουλιμιώτη, Κ. Γκιρλέμης, Α. Φωτοπούλου, Σ. Τζωρακάκης, Μ.Πλοχώρου, Α.Γεωργακοπούλου, Ι.Μαραβέλης, Ε.Αθανασίου

Τμήμα ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, Γ.Ο.Ν.Κ <<ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΥΡΟΙ>>

AA 003

INTRACYSTIC PAPILLARY CARCINOMA :ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΕΓΚΑΨΩΜΕΝΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ –ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιωάννα Κωνσταντιάδου Χειρουργός¹, Νικόλαος Ξηρός Χειρουργός¹, Κωνσταντίνος Παιδοκούκης Αναισθησιολόγος¹, Βασίλειος Πρέσβελος Παθολογοανατόμος²,

1.Ιασώ Θεσσαλίας

2.Locus Medicus/ Ιστοπαθολογικό Εργαστήριο

AA004

ΝΕΕΣ ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΚΡΗΜΝΟΙ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΑΡΘΗΡΙΩΝ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ (PERFORATOR FLAPS). Η ΤΡΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Θεόδωρος Κοντούλης¹, Ιωάννα Τζεβελέκη²

1. Χειρουργός Μαστού, FRCS, PhD, FEBS, Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

2. Γενική Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022**AA005****ΘΩΡΑΚΙΚΟΙ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΜΕΤΑΘΕΤΙΚΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ
ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ – ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Η ΔΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**Θεόδωρος Κοντούλης¹, Ιωάννα Τζεβελέκη²

1. Χειρουργός Μαστού, FRCS, PhD, FEBS, Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

2. Γενική Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

AA 006**Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΚΙ-67 ΣΤΟΝ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΕΡ-ΘΕΤΙΚΩΝ /HER2- ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ
ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΣΩΛΗΝΩΔΗ (LUMINAL) ΥΠΟΤΥΠΟ Α ΚΑΙ Β . ΚΛΙΝΙΚΗ
ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ 2 ΥΠΟΤΥΠΩΝ.**Λανίτης Σοφοκλής¹, Λαϊνάς Σπυριδων¹, Σεκαδάκης Δημήτριος¹, Νταλαπέρας
Κωνσταντίνος¹, Γκάνης Βασίλειος¹, Κακαβιάτος Δημοσθένης¹, Ραϊκού Παναγιώτα¹,
Αγιάννη Ευαγγελία¹, Σαμαράς Βασίλειος², Δημητρίου Ελενη², Κοττέας Ηλίας³.1. Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»2. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο
Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

3. Ογκολογική μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

AA 007**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ 5 ΕΤΙΑΣ. ΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ.**Λανίτης Σοφοκλής¹, Λαϊνάς Σπυρίδων¹, Σεκαδάκης Δημήτρης¹, Νταλαπέρας
Κωνσταντίνος¹, Αγιάννη Ευαγγελία¹, Ραϊκού Παναγιώτα¹, Κακαβιάτος Δημοσθένης¹,
Κοττέας Ηλίας²1. Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

2. Ογκολογική μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

AA 008**ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΩ
ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Αναστασία Καπαρού

Φυσικοθεραπεύτρια BSc, Πιστοποιημένη Λεμφοθεραπεύτρια, ιδιώτης, Αθήνα.

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

AA 009

ΜΟΝΟ ΣΤΟ 31% ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΓΟΝΙΔΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ Ο ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟΣ ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

Κωνσταντίνος Αγιαννιτόπουλος¹, Γεωργία Πεπέ¹, Κεβίσα Πότσκα¹, Δήμητρα Μπουζαρέλου¹, Γεώργιος Τσαούσης¹, Νικόλαος Τσούλος¹, Στυλιανός Γιασσάς², Δημήτριος Ζιώγας³, Βενιζέλος Βασίλειος⁴, Χρήστος Μαρκόπουλος⁵, Ροδονίκη Ιωσηφίδου⁶, Ιωάννης Νασιόπουλος⁷, Κωνσταντίνος Παπαζήσης⁸, Μαρία Βασιλάκη-Αντωνάτου⁹, Χρήστος Παπαδημητρίου¹⁰, Ηλίας Αθανασιάδης¹¹, Κορνηλία Αναστασάκου⁹, Ζένια Σαριδάκη¹², Αναστάσιος Μπούτης⁶, Μαρία Θεοχάρη³, Νατάσα Παζαίτη⁹, Παρασκευή Λιάκου⁹, Μαρία Καναρά¹³, Ελευθέριος Καμπιλέτσας¹⁴, Ειρήνη Παπαδοπούλου¹, Γεώργιος Νασιούλας¹

1. Βιολόγος, Genekor Ιατρική Α.Ε, Αθήνα, 2. Ιατρός, Ιασώ, Αθήνα, 3. Ιατρός, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, 4. Ιατρός, Metropolitan, Αθήνα, 5. Ιατρός, Ιατρικό Κέντρο Αμαρουσίου, Αθήνα, 6. Ιατρός, Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, 7. Ιατρός, Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 8. Ιατρός, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 9. Ιατρός, Metropolitan General, Αθήνα, 10. Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα, 11. Ιατρός, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, 12. Ιατρός, ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ, Κρήτη, 13. Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, 14. Ιατρός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

AA 010

ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΜΑΣΤΟΥ – ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Χαρίκλεια Μαυρίδου¹, Αμαλία Σωτηριάδου¹, Γεώργιος Κυνηγόπουλος¹, Ελένη Μακρίδου¹, Αθανάσιος Ρήγκας¹, Τριάδα Μαλκότση¹

Ιατρός, Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

AA 011

ΣΥΧΝΟ ΣΧΗΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ (FOLLOW UP) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΜΙΑ ΜΟΝΟ-ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΜΕ ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ. ΜΙΑ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Λάζαρος Παπαδόπουλος¹, Εμμανουήλ Παυλάκης¹, Μαργαρίτα Καταίμνη², Άννα Φωκιανού¹, Δημήτριος Μανιάτης¹, Ρομίνη Αλεβίζου¹, Σοφία Φιλίπιδου¹, Νάγια Ντασιού¹, Νάγια Κοντογιάννη¹, Δημήτριος Νασίκας¹, Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης¹

1. Β Κλινική Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

2. Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022**ΑΑ 012****ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ, ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ: Η ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Φλωρεντία Φωστήρα^{1,2}, Βασιλική Δελλατόλα², Δημήτριος Νασίκας¹, Παρασκευή Αποστόλου², Άννα Φωκιανού¹, Ρομίνα Αλεβίζου¹, Λάζαρος Παπαδόπουλος¹, Εμμανουήλ Παυλάκης¹, Σοφία Φιλιππίδου¹, Δημήτριος Μανιάτης¹, Δημήτριος Πανούσης¹, Παναγιώτα Κοντογιάννη¹, Παναγιώτα Ντασίου¹, Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης¹

1. Εργαστήριο Μοριακής Γενετικής του Ανθρώπου, ΕΚΕΦΕ "Δημόκριτος"

2. Β' Κλινική Μαστού, Γενική Κλινική "ΙΑΣΩ"

10.30-11.45**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7****ΗΡ ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ**

Προεδρείο: Μισιτζής Ι.- Σαριδάκη Ζ., Αθανασιάδης Η.

Ενδοκρινική θεραπεία άνω των 5 ετών: Για ποιες ασθενείς και για ποιά διάρκεια

Δεσσές Ν. 15'

Επιλογές κλιμάκωσης της επικουρικής ενδοκρινικής θεραπείας σε high risk HR+/HER2- καρκίνο μαστού

Γιασσάς Σ. 15'

Θεραπευτικός αλγόριθμος στο HR+ μεταστατικό καρκίνο μαστού

Γαλάνη Ε. 15'

Παρουσίαση περιστατικού

Ρές Ε. 15'

Σχολιασμός: Καναλουπίτη Δ.-Σκάρλος Π.- Σταυρίδη Φ. 15'

11:45-12.15**Διάλειμμα Καφέ**

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

12.15-13.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8

ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Χριστοδούλου Χ.-Θάνος Λ.- Λιάππης Τ.

Εξελίσξεις στην προεγχειρητική θεραπεία του τριπλά αρνητικού καρκίνου του μαστού. Ποια η θέση της ανοσοθεραπείας.

Μοιρογιώργου Ε. 15'

Εξελίσξεις στον θεραπευτικό αλγόριθμο του μεταστατικού τριπλά αρνητικού καρκίνου του μαστού

Κοπέας Η. 15'

Ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες στην oligoμεταστατική νόσο

Κροκίδης Μ. 15'

Παρουσίαση περιστατικού (πρώιμη νόσος)

Ζύλης Δ. 15'

Σχολιασμός: Ζιώγας Δ.-Γιασσάς Σ.-Σφήκα Α. 15'

13.30-14.30

Ελαφρύ Γεύμα

14.30- 15.45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9

HER2 ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Ρηγάκος Γ.- Κούτρας Α. – Κυπραίου Ε.

Εξελίσξεις στην προεγχειρητική θεραπεία του HER2+ καρκίνου του μαστού

Κουμαριανού Α. 15'

Είναι απαραίτητη η χημειοθεραπεία με ανθρακυκλίνες στην επικουρική θεραπεία του πρώιμου HER2+ καρκίνου μαστού

Παπανικολάου Σ. 15'

Θεραπευτικός αλγόριθμος στο HER2+ μεταστατικό καρκίνο μαστού

Καραγεωργοπούλου Σ. 15'

Παρουσίαση περιστατικού

Μαραγκουδάκης Εμμ. 15'

Σχολιασμός: Μπαλαφούτα Μ. - Πούλου Λ.- Καραγεωργοπούλου Σ. 15'



ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

15.45-17.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10**ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ****Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ.- Νασίκας Δ.**

Κυτταρική γήρανση και καρκίνος

Ευαγγέλου Κ. 20'

Targeting Regulatory T cells in cancer: from therapy to prognostic biomarkers

Alissafi Th. 20'

Endocrine-disrupting chemicals and breast cancer

Valvi D. 20'

17.00

Απονομή Βραβείων -Συμπεράσματα - Λήξη Διημερίδας

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ

TINTERI CORRADO

Prof. Breast Surgeon ,Director Breast Unit Humanitas Reasearch Hospital , Italy

VALVI DANIA

PhD, MPH, Assistant Professor Co-Director, MS in Epidemiology Department of Environmental Medicine and Public Health Icahn School of Medicine at Mount Sinai

ALISAFI THEMIS

PhD, Assistant Professor Medical School National and Kapodistrian University of Athens Principal Investigator, Immune Regulation Laboratory Center for Basic Research Biomedical Research Foundation Academy of Athens

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΜΙΧΑΗΛΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

Ακτινοδιαγνώστης , Αθήνα

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ ΗΛΙΑΣ

Παθολόγος, Ογκολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής «ΜΗΤΕΡΑ» Νοσοκομείο Υγεία

ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΟΥ ΚΟΡΝΗΛΙΑ

MD FEBS (Breast Surgery) Χειρουργός Μαστού, Διευντρια Α΄ Κλινικής Μαστού, Metropolitan General Χολαργός

ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ

Ομοτ.Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΙΑΣΩ

ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Καθηγητής Χειρουργικής, Δ' Χειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν Αττικών

ΑΣΚΟΞΥΛΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Χειρουργός Ογκολόγος-Μαστού Διευθυντής Μονάδας Μαστού, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

ΒΑΡΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Ακτινοδιαγνώστρια, Διευντρια Τμήματος Απεικόνισης Θεραπευτήριο Metropolitan

ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ

Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Μαστού Θεραπευτήριο METROPOLITAN

ΒΕΡΙΓΟΣ ΚΟΣΜΑΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Δ/ντής,τμήματος Ακτινοθεραπευτικής - Ογκολογίας και Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής «401 Γ.Σ.Ν.Α.», Επιστ. Συνεργάτης, Ακτινοθεραπευτικό, Ογκολογικό Τμήμα, «ΙΑΣΩ»,

ΓΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευντρια Α΄ Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΓΑΛΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Αν. Διευθύντρια Β' Ογκολογική Κλινική Θεραπευτηρίου Metropolitan

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος -Ογκολόγος Διευθυντής Β' Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ

ΓΡΑΒΒΑΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Διευθυντής Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Θεραπευτήριο Metropolitan

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ο.Ν.Κ Άγιοι Ανάργυροι

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

ΔΕΣΣΕΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ογκολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Άγιος Σάββας

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ακτινολόγος Μαστού, Δέλτα Ψηφιακή, Αθήνα

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος Venia Docendi Πανεπιστημίου Βιέννης, ESTRO Faculty Member, Δ/ντής Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Metropolitan Hospital

ΔΟΥΒΕΤΖΕΜΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Κλινικής Μαστού Metropolitan General Hospital

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής, Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Διευθυντής Ανθρωπολογικού Μουσείου, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΖΥΓΟΓΙΑΝΝΗ ΑΝΝΑ

Αν. Καθηγήτρια Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΕΚΠΑ

ΖΙΩΓΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολόγος-Ογκολόγος Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α' Παθολογική Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείο Λαϊκό

ΖΥΛΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Συνεργάτης Νοσοκομείο Υγεία

ΘΑΝΟΣ ΛΟΥΚΑΣ

Επεμβατικός Ακτινολόγος Διευθυντής Τμήματος Αξονικής Τομογραφίας και Επεμβατικής Ακτινολογίας
Νοσοκομείο Η Σωτηρία

ΙΓΝΑΤΙΑΔΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Χειρουργός Υπεύθυνη Α' Μονάδας Μαστού Ε.Α.Ν.Π «ΜΕΤΑΞΑ»

ΚΑΝΑΛΟΥΠΙΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Δ' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

Παθολόγος- Ογκολόγος, Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ

ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

ΚΑΡΥΔΑ ΕΙΡΗΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού, Νοσοκομείο Υγεία

ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΛΟΣ ΑΝΤΩΝΗΣ

Επικ. Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Διευθυντής Α' Κλινικής Μαστού Ιασώ

ΚΟΛΛΙΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Διευθυντής Ιατρικών Απεικονίσεων ΟΜΙΛΟΥ ΙΑΣΩ

ΚΟΥΜΑΡΙΑΝΟΥ ΑΝΝΑ

Διευθύντρια ΕΣΥ Παθολόγος Ογκολόγος, Αιμο Ογκολογική Μονάδα, 4^η Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ.

ΚΟΝΤΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Χειρουργική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α Λαϊκό Νοσοκομείο

ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Κέντρο Μαστού Γένεσις και Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

ΚΟΡΩΝΑΡΧΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής Μαστού Νοσοκομείο Metropolitan GENERAL

ΚΟΣΜΙΔΗΣ ΠΑΡΗΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ

ΚΟΤΤΕΑΣ ΗΛΙΑΣ

Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ Ογκολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο "Η Σωτηρία"

ΚΟΥΤΡΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

Αν. Καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας Πανεπιστημίου Πατρών

ΚΟΥΛΟΥΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Τμήματος Ακτινοθεραπείας Π.Γ.ΝΑ Αττικών

ΚΡΟΚΙΔΗΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Επικ. Καθηγητής Επεμβατικής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΓΡΗΓΟΡΗΣ

Χειρουργός Μαστού Νοσοκομείο Υγεία

ΚΥΠΡΑΙΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Α' Επιμελήτρια Μονάδας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Π.Γ.Ν Αττικών

ΛΑΝΙΤΗΣ ΣΟΦΟΚΛΗΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής, Νοσοκομείο " Κοργιαλένιο Μπενάκειο (Ερυθρός Σταυρός)

ΛΙΑΠΠΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης

ΛΥΠΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος-Ογκολόγος, Διευθυντής Τμήματος Γενετικής Ογκολογίας, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ

ΜΑΛΑΚΑΣΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

Ακτινολόγος, Διευθυντής Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Κλινική ΙΑΣΩ

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Διευθυντής Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Κλινική ΙΑΣΩ

ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΟΣ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Κλινική ΙΑΣΩ

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών - ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής Μαστού της UEMS, Πρόεδρος Ευρωπαϊκών εξετάσεων UEMS - EBSQ Χειρουργικής Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

ΜΕΤΑΞΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ειδικός Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής ΕΣΥ Β' Χειρουργικό τμήμα, ΓΝΜΑ Έλενα Βενιζέλου Υπεύθυνος Ιατρείου Μαστού ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο

ΜΙΣΙΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Μονάδας Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Ψυχικού

ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ Δ' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ

ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ

Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Αθήνα

ΜΟΙΡΟΓΙΩΡΓΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Παθολόγος Ογκολόγος Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία

ΜΠΑΛΑΦΟΥΤΑ ΜΥΡΣΙΝΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΜΠΑΛΤΑΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Γυναικολόγος, Διευθυντής Α' Κλινικής Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής Ε' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής Ομίλου ΙΑΣΩ

ΝΑΣΙΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελητής, Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΝΟΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΝΤΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Χειρουργός Μαστού – Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΝΤΡΟΥΦΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Παθολόγος Ογκολόγος Ε' Παθολογική Ογκολογική Κλινική Ομίλου ΙΑΣΩ

ΞΕΠΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Β' Κλινικής Μαστού, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΠΑΝΟΣΚΑΛΤΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Αν. Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΕΚΠΑ, Κλινική ΙΑΣΩ

ΠΑΝΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Γυναικολόγος Μαιευτήρας, Κλινική ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Καθηγητής Θεραπευτικής Ογκολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Eric. Ntynan Hospital Center

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΛΑΖΑΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού Επιμελητής Β΄ Κλινική Μαστού ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ

Ομοτ. Καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας ΑΠΘ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΥΡΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Πλαστικός Χειρουργός, Κλινική ΙΑΣΩ

ΠΑΤΣΕΑ ΕΛΕΝΗ

Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου Νοσοκομείου Μετροπόλιταν General

ΠΑΥΛΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Ομ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ

ΠΑΥΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Χειρουργός Μαστού Επιμελητής Β΄ Κλινική Μαστού ΙΑΣΩ

ΠΑΥΛΙΔΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ομότιμος Καθηγητής Ογκολογίας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Chairman of ESO Scientific Committee (Milan), Dean of ESO College (ESCO) (Milan)

ΠΕΤΕΙΝΕΛΗ ΕΦΗ

Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος, UNSW-Sydney Κλινική ΙΑΣΩ

ΠΟΥΛΟΥ ΛΟΥΚΙΑ

Ακτινοδιαγνώστρια Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΡΕΣ ΕΛΕΝΗ

Παθολόγος Ογκολόγος, MD, PhD, Επιμ. Α΄ Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς οι Άγιοι Ανάργυροι

ΡΗΓΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Επιμελητής Γ' Παθολογικής -Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΣΑΡΙΔΑΚΗ ΖΕΝΙΑ

Παθολόγος- Ογκολόγος και Επιστημονικός Υπεύθυνος Ογκολογικού Τμήματος Ασκληπιός, Ηράκλειο Κρήτης

ΣΚΑΡΛΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Αν/τής Δ/ντής Κλινικής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΣΟΥΣΗΣ ΙΑΚΩΒΟΣ

Ιατρός Αναπαραγωγής, Μαιευτήρας - Χειρουργός - Γυναικολόγος, Κλινική ΙΑΣΩ

ΣΤΑΦΥΛΑ ΒΑΝΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Δ' Κλινική Μαστού, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ

ΣΤΑΘΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΟΥΛΙΩ

Διευθύντρια, Χειρουργός Μαστού, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΣΥΡΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Διευθυντής Τμήματος Απεικόνισης Μαστού, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΣΦΗΚΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Παθολόγος Ογκολόγος, Κλινική ΙΑΣΩ

ΤΡΙΧΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ

Μαιευτήρας Χειρουργός/Γυναικολόγος, Κλινική ΙΑΣΩ

ΦΛΕΣΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Dunant Ερρίκος Ντυναν Hospital Center ΗΜΙΘΕΑ Μ.Α.Ε.

ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Πλαστικός Χειρουργός, Κλινική ΙΑΣΩ

ΦΩΣΤΗΡΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια, Ερευνήτρια Γ', ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος, Συνεργάτιδα Β' Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Ακτινολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Ακτινολογικό Εργαστήριο ΓΝΑ Αλεξάνδρα

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ ΙΟΥΛΙΑ

Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Αθήνα

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος-Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Ογκολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο Πατρών Άγιος Ανδρέας

ΨΑΘΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Μαιευτήρας / Γυναικολόγος, ιατρός Αναπαραγωγής, Κλινική ΙΑΣΩ



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

AA001**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟΝ
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ**

Κωνσταντίνος Συργιάννης¹, Καλλιόπη Βαράκη¹, Μαρουλιώ Σταθουλοπούλου¹, Άννα Βρετού¹, Βασίλης Τρίγκας¹, Μαρία Ματιάτου¹, Χαρά Τζαβάρα², Βενιζέλος Βασίλης¹.

1. Ιατροί Μονάδας Μαστού Θεραπευτηρίου Metropolitan

2. Βιοστατιστικός ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ

Η προεγχειρητική μαγνητική μαστογραφία στο σύνολο των γυναικών με κακοήθεια στο μαστό αποτελεί τα τελευταία χρόνια πεδίο έντονης μελέτης και αντιπαράθεσης.

Σκοπός της δικιάς μας αναδρομικής μελέτης είναι η συλλογή, επεξεργασία και αξιολόγηση των πληροφοριών που προκύπτουν από την προσθήκη της μαγνητικής μαστογραφίας (MRI) στον προεγχειρητικό έλεγχο γυναικών με γνωστή κακοήθεια μαστού.

Αξιολογήθηκαν, με ιστολογική ταυτοποίηση, όλες οι επιπρόσθετες ύποπτες εστίες σκιαγραφικής ενίσχυσης και ποσοτικοποιήθηκε η ικανότητα της υπερηχογραφίας σε περιβάλλον Second Look.

Αξιολογήθηκε η ακρίβεια των απεικονιστικών μεθόδων στην εκτίμηση της έκτασης της νόσου σε σχέση με το χειρουργικό παρασκεύασμα.

Έγινε σύγκριση του ποσοστού μαστεκτομών μεταξύ της ομάδας γυναικών που εμφάνισε συμπληρωματικές ύποπτες εστίες σκιαγραφικής ενίσχυσης και της ομάδας με μοναδικό εύρημα την γνωστή κακοήθεια.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

109 Γυναίκες με γνωστή ιστολογικά ταυτοποιημένη κακοήθεια μαστού που προσήλθαν για αντιμετώπιση του προβλήματος τους στην Μονάδα Μαστού του θεραπευτηρίου Metropolitan κατά το έτος 2020, υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε Μαγνητική Μαστογραφία

Αφορούσαν κυρίως γυναίκες με νεαρότερη ηλικία (προ ή περιεμμηνόπαυσιακές), με πυκνούς μαστούς, με οικογενειακό θετικό ιστορικό, με γνωστή λοβιακού τύπου κακοήθεια.

Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 109 γυναίκες είχαν 127 γνωστές κύριες βλάβες και μετά την προεγχειρητική MRI σε 55 από αυτές, ανακαλύφθηκαν 89 συμπληρωματικές εστίες ύποπτης σκιαγραφικής ενίσχυσης.

Στις περιπτώσεις με ασυμφωνία διαστάσεων κύριας βλάβης και χειρουργικού παρασκευάσματος συνήθως αφορούσε υπερεκτίμηση της MRI, συχνότερα σε πορογενείς διηθητικές εξεργασίες.

Από τις 89 συμπληρωματικές εστίες σκιαγραφικής ενίσχυσης οι 53 αφορούσαν σε κακοήθεια και το second look υπερηχογράφημα αναγνώρισε το 66% αυτών.

Δεν προέκυψε αύξηση του ποσοστού μαστεκτομών στην ομάδα με συμπληρωματικές περιοχές σκιαγραφικής ενίσχυσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προεγχειρητική MRI, υπό συνθήκες, αποτελεί μια ασφαλή και χρήσιμη προσθήκη στην προεγχειρητική εκτίμηση γυναικών με γνωστή κακοήθεια μαστού

AA002

ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ: ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΝΟΣΟΣ - Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Γ.Σουλιμιώτη, Κ.Γκιρλέμης, Α.Φωτοπούλου., Σ.Τζωρακάκης., Μ.Πλοχώρου, Α.Γεωργακοπούλου, Ι.Μαραβέλης, Ε.Αθανασίου

Τμήμα ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, Γ.Ο.Ν.Κ <<ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΓΥΡΟΙ>>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρωτοπαθές αδενοκυστικό καρκίνωμα του μαστού είναι μια πολύ σπάνια κλινική οντότητα (0.1% των κακοήθειων του μαστού). Παρ'όλον ό,τι είναι ένας τριπλά αρνητικός καρκίνος χαρακτηρίζεται από αργή ανάπτυξη, χαμηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού και καλή πρόγνωση. Ως αναφορά την θεραπεία του δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες.

ΣΚΟΠΟΣ

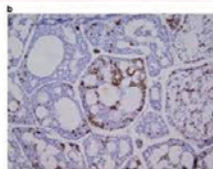
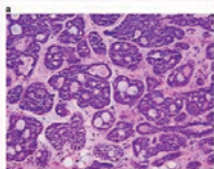
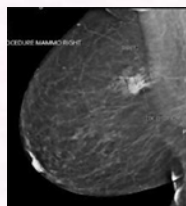
Σκοπός της εργασίας μας είναι να καταγράψουμε την εμπειρία του τμήματος μας αναλύοντας την θεραπεία τριων ασθενών μας.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Τρεις ασθενείς με αδενοκυστικό καρκίνωμα μαστού έλαβαν ακτινοθεραπεία στο τμήμα μας. Η διάμεση ηλικία ήταν 62 έτη (54-68). Όλες οι ασθενείς ήταν μεταεμμηνοπαυσιακές. Η επέμβαση στην οποία είχαν υποβληθεί ήταν ογκεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός. Το παθολογοανατομικό στάδιο ήταν T1N0 για δύο ασθενείς και μια T2N0. Η ανοσοιστοχημεία έδειξε ότι και οι τρεις ασθενείς ήταν αρνητικές στην έκφραση του HER2 (human epidermal growth factor receptor 2) και στους ορμονικούς υποδοχείς. Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού (ki 67) κυμαινόταν μεταξύ 5-15%. Μια ασθενής με όγκο >2 cm (T2) έλαβε μετεγχειρητική χημειοθεραπεία με 6 κύκλους ανθρακυκλίνη, κυκλοφωσφαμίδη και 5-φλουου-ρακίλη (CMF) ανά 21 ημέρες. Όλες οι ασθενείς έλαβαν μετεγχειρητική σύμμορφη τρισδιάστατη ακτινοθεραπεία (3D-CONFORMAL RT). Η συνολική δόση όγκου ήταν 50.4Gy /19 συνεδρίες. Ο διάμεσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 32 μήνες (range: 21-67 months). Καμμία από τις τρεις ασθενείς στο διάστημα αυτό δεν παρουσίασε τοπική υποτροπή της νόσου ή μεταστάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αδενοκυστικό καρκίνωμα του μαστού είναι μια σπάνια, «περίεργη» οντότητα, τριπλά αρνητικού όγκου που όμως δεν υποτροπιάζει αλλά ούτε και δίνει απομακρυσμένες μεταστάσεις, 'όπως έδειξε και η δική μας κλινική εμπειρία. Όμως λόγω του πολύ μικρού αριθμού ασθενών δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτές να υπερ/ή υποθεραπεύονται.



ΑΑ 003**INTRACYSTIC PAPILLARY CARCINOMA :ΓΙΓΑΝΤΙΑΙΟ ΕΓΚΑΨΩΜΕΝΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
ΜΑΣΤΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ιωάννα Κωνσταντιάδου Χειρουργός¹, Νικόλαος Ξηρός Χειρουργός¹, Κωνσταντίνος Παιδοκούκης
Αναισθησιολόγος¹, Βασίλειος Πρέσβελος Παθολογοανατόμος²

1. Ιασώ Θεσσαλίας

2. Locus Medicus/ Ιστοπαθολογικό Εργαστήριο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδοκυστικό ή εγκαψωμένο θηλώδες καρκίνωμα του μαστού είναι ένα σπάνιο νεόπλασμα (0,5-2%) του μαζικού αδένου, μέρος των θηλώδων καρκινωμάτων με την εξαίρεση του ότι περιορίζεται σε κυστικό χώρο και περιβάλλεται από ινώδη κάψα. Εμφανίζεται συνήθως ως μονήρης ανώδυνο μόρφωμα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

ΣΚΟΠΟΣ

Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορά ένα τέτοιου είδους σπάνιο νεόπλασμα με τη διαφορά ότι είχε λάβει διαστάσεις μοναδικές για την βιβλιογραφία.

ΥΛΙΚΟ

Γυναίκα 65ετών, χωρίς προβλήματα υγείας και χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου προσήλθε στο ιατρείο με ευμεγέθη όγκο αριστερού μαστού, συνοδευόμενο από κύφωση και μόνιμη ωμαλγία /αυχεναναλγία.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην κλινική εξέταση ανευρέθη μαστός μεγέθους 35Χ42cm με εμφανώς τμηματική κυστική υφή, στο κατωφερέστερο τμήμα του υπήρχε συμπαγές στοιχείο με διάταση του φλεβικού δικτύου και παραμόρφωση θηλής και θηλαίας άλω. Πραγματοποιήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος-βιοψία με χοντρή βελόνη και μόνο αξονική τομογραφία λόγω του μεγάλου μεγέθους του μαστού. Η core biopsy ανέδειξε καρκίνωμα. Κατά την έναρξη της επέμβασης, εκκενώθηκαν 9,5lt οροαιματηρού υγρού. Επειτα εξαιρέθηκε η κύστη με πεπαχυσμένο τοίχωμα, ενώ στο οπισθοθηλαίο τμήμα της υπήρχε όγκος 7Χ4Χ2cm λευκόφαιης χροιάς και ινοελαστικής σύστασης. Μικροσκοπικά, ήταν ενδοκυστικό καρκίνωμα με θέσεις νέκρωσης και αβεστώσεις στο λοιπό παρέγχυμα ανευρέθηκε in situ πορογενές καρκίνωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το ενδοκυστικό καρκίνωμα του μαστού είναι σπανιότατο και αφορά λιγότερο από 2% των καρκίνων του μαστού. Πρόσφατες αναφορές στη βιβλιογραφία θεωρούν, ότι τα IPC είναι μια παραλλαγή του DCIS με κάποιες βλάβες να είναι όντως χαμηλής κακοήθειας καρκινώματα. Νεώτερα δεδομένα αναφέρουν ότι τα IPC έχουν αργή εξέλιξη και εξαιρετη πρόγνωση ενώ η συνήθης θεραπεία μοιάζει με του παραδοσιακού καρκίνου. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η μαστεκτομή ήταν μονόδρομος, μεταστάσεις δεν ανακαλύφθηκαν και χορηγήθηκε ταμοξιφαίνη. Πέντε χρόνια μετά η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική, υπό ορμονική θεραπεία και σε τακτική παρακολούθηση.



ΑΑ004

ΝΕΕΣ ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΚΡΗΜΝΟΙ ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΥΣΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ (PERFORATOR FLAPS). Η ΤΡΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ

Θεόδωρος Κοντούλης¹, Ιωάννα Τζεβελέκη²

1. Χειρουργός Μαστού, FRCS, PhD, FEBS, Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

2. Γενική Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ογκοπλαστική χειρουργική ταξινομείται ως μετατόπισης (κάλυψη κοιλότητας εκτομής όγκου με μετατόπιση γειτονικών ιστών) και αντικατάστασης (αντικατάσταση ιστών με κρημνούς που δημιουργούνται από το θωρακικό τοίχωμα) με κύριο πλέον εκπρόσωπο τα perforator flaps.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από τη χρήση κρημνών που αιματώνονται από διατιτράινοντες κλάδους της πλάγιας (LICAP) και πρόσθιας (AICAP) μεσοπλεύριας αρτηρίας

ΥΛΙΚΟ

Από Απρίλιο 2019 ως Αύγουστο 2022, perforator flaps έγιναν σε 11 ασθενείς μέσης ηλικίας 52 ετών (37-74). Μέσο μέγεθος όγκου 29mm (14-50mm), μέγεθος μαστού ως C cup μόνο (A cup:2, B cup:7, C cup:2).

ΕΝΔΕΙΞΗ

2DCIS - 9 διηθητικό καρκίνο, πολυεστιακό καρκίνο σε 4. Προεγχειρητική χημειοθεραπεία σε 5 ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 4 LICAP με τροποποίηση Meybodi (όγκος στο άνω-έξω τεταρτημόριο, ζώνες I, VI και VII), σε 2 LICAP και LTAP (κάτω-έξω τεταρτημόριο, ζώνες II και VI), σε 3 AICAP (6η ώρα, ζώνη III), σε 2 στο κάτω-έσω τεταρτημόριο, AICAP (ζώνη IV). Οι διατιτράινουσες αρτηρίες εντοπίστηκαν με τη χρήση φορητής συσκευής Doppler (κεφαλή 8MHz). Οι διατιτράινοντες κλάδοι LICAP ήταν στο 6ο-7ο μεσοπλεύριο διάστημα, περίπου 3 εκ από το πρόσθιο χείλος του πλατέος ραχιαίου, στο έξω χείλος του μαστού. Ο κλάδος LTAP στο 3ο-4ο μεσοπλεύριο διάστημα, 1-2 εκ από το έξω χείλος του μαστού. Ο κλάδος AICAP ήταν κάτωθεν της υπομαζικής πτυχής, στην 6η ώρα, επί του μεσημβρινού του μαστού. Επιπλοκές: αιμάτωμα στην δότρια περιοχή σε 1 (η οποία αντιμετωπίστηκε συντηρητικά), λιπονέκρωση σε 1. Η τμηματεκτομή επετεύχθη σε υγιή όρια. Δεν παρουσιάστηκε τοπική υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ογκοπλαστικές τεχνικές με κρημνούς LICAP/AICAP είναι αξιόπιστες και προσφέρουν: (1) Αποφυγή μαστεκτομής σε περιπτώσεις μεγάλων όγκων σε σχέση με το μέγεθος του μαστού, επεκτείνοντας τις ενδείξεις τμηματεκτομής έναντι μαστεκτομής, (2) Ευρείες τμηματεκτομές (υγιή όρια) σε συνδυασμό με καλά αισθητικά αποτελέσματα σε πολυεστιακό καρκίνο ή δυσανάλογα μεγάλο μεγέθους όγκου ως προς το μέγεθος του μαστού (3) Δε χρειάζεται συμμετρικοποίηση του άλλου μαστού για αυτό και προτιμάται έναντι των μαστοπλαστικών (Wise-pattern).

ΑΑ005**ΘΩΡΑΚΙΚΟΙ ΠΕΡΙΣΤΡΟΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΜΕΤΑΘΕΤΙΚΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ
ΠΑΛΑΙΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ – ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
Η ΔΙΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Θεόδωρος Κοντούλης¹, Ιωάννα Τζεβελέκη²

1. Χειρουργός Μαστού, FRCS, PhD, FEBS, Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

2. Γενική Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Κλινική ΓΕΝΕΣΙΣ Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην ογκοπλαστική χειρουργική χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές, ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου του μαστού.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από τη χρήση τοπικών δερμοϋποδόριων Περιστροφικών και Μεταθετικών Κρημνών από θωρακικό και κοιλιακό τοίχωμα (Π-ΜΚ), ως εναλλακτικές των παραπάνω μεθόδων.

ΥΛΙΚΟ

Σε 9 ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν Π-ΜΚ (Μάρτιο 2020 - Ιούλιο 2022). Μέσος όρος ηλικίας τα 49 έτη (39-61), μέσος εγχειρητικός χρόνος παρασκευής του κρημνού 16 λεπτά (13-22), μέγεθος όγκου 28 χιλ (19-40). Διηθητικοί καρκίνοι και στις 9 ασθενείς, πολυεστιακός στις 2 στις ζώνες McCulley-Macmillan VII-VIII. Εισαγωγική χημειοθεραπεία έλαβαν 5 ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Περιστροφικοί θωρακικοί, στις ζώνες I, VII, VIII σε 6 ασθενείς και μεταθετικοί κοιλιακοί κρημνοί στις ζώνες II, III, IV σε 3 ασθενείς. Η χειρουργική της μασχάλης στους θωρακικούς περιστροφικούς κρημνούς έγιναν από την ίδια τομή, ενώ στους κοιλιακούς από ξεχωριστή μασχαλαία τομή. Η εκτομή σε όλες τις περιπτώσεις έγινε σε υγιή όρια (>2χιλ). Δεν παρουσιάστηκε επιπλοκή ή τοπική υποτροπή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Π-ΜΚ έχουν εξίσου καλά ογκολογικά και αισθητικά αποτελέσματα. Οι μαστοπλαστικές συχνά απαιτούν συμμετρικοποίηση του άλλου μαστού με μαστοπηξία/μειωτική, η οποία συχνά δε γίνεται στην Ελλάδα λόγω κόστους ή αναβάλλεται λόγω άγχους κατά την ώρα της διάγνωσης. Οι Π-ΜΚ και οι κρημνοί από διατιτραίνοντες κλάδους του θωρακικού τοιχώματος (perforator flaps) δεν χρειάζονται συμμετρικοποίηση αφού αναπληρώνουν το έλλειμμα μεταφέροντας ιστό εκτός του μαστού. Τα perforator flaps, όμως, απαιτούν εξαιρετική γνώση ανατομίας και δεξιοτήτων πλαστικής χειρουργικής, άρα έχουν μεγαλύτερη καμπύλη εκμάθησης. Οι Π-ΜΚ δεν είναι αζονικοί και δεν απαιτούν παρασκευή-διατήρηση συγκεκριμένου αγγειακού στελέχους. Έτσι, σε σύγκριση με τα perforator flaps είναι μικρότερης διάρκειας, έχουν μικρότερη καμπύλη εκμάθησης και νοσηρότητα, αφού η αιμάτωση τους είναι πιο ασφαλής. Οι ογκοπλαστικές τεχνικές με Π-ΜΚ αποτελούν ένα ακόμα όπλο στη φαρέτρα του χειρουργού. Οι ενδείξεις τους αφορούν όγκους στις ζώνες I, II, III, IV, VI, VII, VIII.

AA 006

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΚΙ-67 ΣΤΟΝ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΕΡ-ΘΕΤΙΚΩΝ /HER2- ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΣΩΛΗΝΩΔΗ (LUMINAL) ΥΠΟΤΥΠΟ Α ΚΑΙ Β . ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ 2 ΥΠΟΤΥΠΩΝ.

Λανίτης Σοφοκλής¹, Λαϊνός Σπυριδων¹, Σεκαδάκης Δημητρίος¹, Νταλαπέρας Κωνσταντίνος¹, Γκάνης Βασίλειος¹, Κακαβιάτος Δημοσθένης¹, Ραϊκού Παναγιώτα¹, Αγιάννη Ευαγγελία¹, Σαμαράς Βασίλειος², Δημητρίου Ελενη², Κοττάς Ηλίας³.

1. Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

2. Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

3. Ογκολογική μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μοριακή ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού θεωρείται σήμερα σημαντικό εργαλείο στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων με την ανοσοϊστοχημεία να συμβάλει στην ταξινόμηση τους. Λιγότερο σαφές είναι η υποκατηγοριοποίηση των luminal όγκων σε υπότυπους Α και Β. Αυτό βασίζεται κυρίως στην υπερέκφραση του HER2 και, παρότι αμφιλεγόμενο, στη θετικότητα του Κί67. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τις ομοιότητες, τις διαφορές και την επιθετικότητα μεταξύ των HER2(-) luminal υποτύπων με υψηλή και χαμηλή τιμή Κί67.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Από 620 ασθενείς με καρκίνο μαστού, 7.3% ήταν HER2(+), με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς (ER), 11.2% είχαν τριπλά αρνητικούς όγκους, ενώ οι εναπομείναντες ήταν ER(+). 194 ασθενείς ήταν ER(+) και HER2(-), με τιμή Κί67<13,5% (χαρακτηριζόμενοι ως luminal A). Από τους υπόλοιπους 243 ER(+) Luminal B ασθενείς αποκλείσαμε όλους τους ασθενείς με HER2(+)όγκους (N=87), ώστε τον μοναδικό δείκτη υποκατηγοριοποίησης των 2 ομάδων να αποτελεί η τιμή του Κί67 και εν συνεχεία συγκρίναμε τις 2 ομάδες (ομάδα A= Κί67<13,5%, ομάδα B=Κί67>13,5%)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν υπήρξαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στα ακόλουθα: ηλικία, ηλικία εμμηναρχής και εμμηνοπαύσης, αριθμό τέκνων, διάρκεια συμπτωμάτων, αριθμό φρουρών λεμφαδένων. Επιπλέον, δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά : προ/ μετεμμηνοπαυσιακών ασθενών, ύπαρξη τέκνων, θηλασμού, χρήση αντισυλληπτικών δισκίων/ θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, κάπνισμα και χρήση αλκοόλ, ιστορικό με παθολογία στο μαστό, οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας, εντόπιση του όγκου, παρουσία ενδοεπιθηλιακού στοιχείου, αριθμός θετικών λεμφαδένων και τύπος λεμφαδενικών μεταστάσεων. Πίνακας με σημαντικά αποτελέσματα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χρήση του ορίου 13,5% στην τιμή του Κί67 για την ταξινόμηση των ασθενών σε luminal A και luminal B όγκους φαίνεται να αποτελεί χρήσιμο εργαλείο, καθώς οι ασθενείς με χαμηλό Κί67 έχουν λιγότερο επιθετικούς όγκους, με χαμηλότερο grade, χαμηλότερο ποσοστό πολυεστιακότητας και ανάγκης για μαστεκτομή αλλά παράλληλα φαίνεται να υποεκτιμάται το μέγεθος τους απεικονιστικά. Αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη λήψη προεγχειρητικών αποφάσεων για αυτό το προφίλ.

ΑΑ 007**ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ 5 ΕΤΙΑΣ. ΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΕΙΤΑΙ Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ.**

Λανίτης Σοφοκλής¹, Λαϊνός Σπυρίδων¹, Σεκαδάκης Δημήτρης¹, Νταλαπέρας Κωνσταντίνος¹, Αγιάννη Ευαγγελία¹, Ραϊκού Παναγιώτα¹, Κακαβιάτος Δημοσθένης¹, Κοττάς Ηλίας²

1. Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

2. Ογκολογική μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει μεγάλες εξελίξεις στην αντιμετώπιση των επιθετικών μορφών καρκίνου μαστού (BC). Η αντιμετώπιση των HER2(+) όγκων καθώς και των τριπλά αρνητικών όγκων (TN) άλλαξε ριζικά με τις μελέτες KATHERINE και CREATE-X ενώ παράλληλα οι CDK4/6 inhibitors ενσωματώθηκαν στην αντιμετώπιση των HER2(-). Τέλος, καινούρια αισιόδοξα δεδομένα υπάρχουν για τους HER2 low μεταστατικούς όγκους (Destiny-Breast04) Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμήσουμε το ποσοστό των περιστατικών που θεωρητικά επηρεάζονται από τις νεότερες αυτές θεραπείες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε 620 συνεχόμενα περιστατικά με BC και έγινε διαχωρισμός τους ανάλογα με την δυνατότητα λήψης των νέων θεραπειών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 62.07 έτη (SD 14.53) και το 26.4% ήταν προεμμηνοεπαισιακές. Το 70.5% προσήλθαν λόγω ψηλαφητής αλλοίωσης και το 21.5% είχε ψηλαφητούς μασχαλαίους λεμφαδένες (cN1). 75.1% των ασθενών είχαν NST ενώ το 11.9% ILC. Το 29.8% ήταν grade III. Το 7.1% των περιστατικών είχαν μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης. Το 58.5% δεν είχε μεταστάσεις στους μασχαλαίους λεμφαδένες, στο 7.4% βρέθηκαν μικρομεταστάσεις και στο 34% βρέθηκαν μακρομεταστάσεις. 1-3 θετικούς είχε το 25.1% και πάνω από 4 το 17.5%. 30% ήταν Luminal A και 51.5% Luminal B, 7.3% Her2(+) και 11.2% TN. Από αυτά τα περιστατικά, 15.6% πληρούσαν τα κριτήρια της μελέτης KATHERINE (ER+/Her2+, μέγεθος όγκου >2cm ή θετικοί μασχαλαίοι λεμφαδένες), 8.1% της μελέτης CREATE-X (TN, μέγεθος όγκου >2cm ή θετικοί μασχαλαίοι λεμφαδένες), 10.6% της μελέτης MONARCH-E (ER+/Her2-, πάνω από 4 θετικοί μασχαλαίοι λεμφαδένες ή 1-3 θετικοί μασχαλαίοι λεμφαδένες και μέγεθος όγκου >5cm ή Grade III ή Ki67>20%) και θεωρητικά το 47.7% με HER2 low όγκους θα μπορούσε να αποτελέσει μελλοντικό στόχο για το Enhertu. Σημαντικό ότι το 30% των ασθενών χρήζει προεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο θεραπευτικός αλγόριθμος έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία 5 χρόνια με το 24-30% των περιστατικών να χρήζει προεγχειρητικής θεραπείας για να βελτιωθεί η συνολική έκβαση των ασθενών από τις καινούργιες υποσχόμενες θεραπείες.

ΑΑ 008

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ

Αναστασία Καπαρού

Φυσικοθεραπεύτρια BSc, Πιστοποιημένη Λεμφοθεραπεύτρια, ιδιώτης, Αθήνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ

Το λεμφοίδημα του άνω άκρου εμφανίζεται στην Ευρώπη στις γυναίκες μετά από καρκίνο του μαστού, σε ποσοστό περίπου 40%. Η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος είναι ζωτικής σημασίας για τις γυναίκες καθώς είναι μία δευτερεύουσα επιπλοκή που δυσκολεύει την ποιότητα ζωής τους. Η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται πάντα σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και από εξειδικευμένο φυσικοθεραπευτή, πιστοποιημένο και μέλος του ΠΣΦ.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Η ολοκληρωμένη αποκατάσταση ενός δευτερογενούς λεμφοιδήματος (CDT), αποτελείται από 2 φάσεις, την εντατική φάση θεραπείας και την φάση συντήρησης.

Η εντατική θεραπεία περιλαμβάνει:

1. Τεχνικές λεμφικής παροχέτευσης (MLD)
2. Περίδεση του άκρου με ειδικούς συμπιεστικούς επιδέσμους
3. Περιποίηση δέρματος
4. Εισαγωγή ασκήσεων

Η θεραπευτική συντήρηση ενός λεμφοιδήματος περιλαμβάνει:

1. Τεχνικές λεμφικής παροχέτευσης MLD και περίδεση άκρου
2. Χρήση εξειδικευμένου ασκησιολογίου
3. Χρήση συμπιεστικού ενδύματος

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με την ολοκληρωμένη αποσυμφορητική θεραπεία τα λεμφοιδήματα του άνω άκρου αντιμετωπίζονται, ο όγκος του οιδήματος μειώνεται σε ποσοστό 70-80%, το εύρος κίνησης του βραχιονίου και του ώμου μπορεί να ανακτηθεί πλήρως, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώνεται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι σημαντικό για μία ασθενή με λεμφοίδημα να έχει μία ομάδα που μπορεί να την στηρίξει και να της δώσει ένα θεραπευτικό πλάνο σε όλους τους τομείς και να καταφέρει να "ξεπεράσει" το πρόβλημα του λεμφοιδήματος αποκτώντας μία νέα καθημερινή ρουτίνα που θα την βοηθάει να το κρατάει σταθερό και τελικά να έχει ένα άκρο που να μην είναι πρησμένο, να είναι υγιές και λειτουργικό.

ΑΑ 009**ΜΟΝΟ ΣΤΟ 31% ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΓΟΝΙΔΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ Ο ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟΣ ΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΑ ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.**

Κωνσταντίνος Αγιαννιτόπουλος¹, Γεωργία Πεπέ¹, Κεβίσα Πότσκα¹, Δήμητρα Μπουζαρέλου¹, Γεώργιος Τσαούσης¹, Νικόλαος Τσούλος¹, Στυλιανός Γιασάς², Δημήτριος Ζιώγας³, Βενιζέλος Βασίλειος⁴, Χρήστος Μαρκόπουλος⁵, Ροδονίκη Ιωσηφίδου⁶, Ιωάννης Νατσιόπουλος⁷, Κωνσταντίνος Παπαζήσης⁸, Μαρία Βασιλάκη-Αντωνάτου⁹, Χρήστος Παπαδημητρίου¹⁰, Ηλίας Αθανασιάδης¹¹, Κορνηλία Αναστασάκου⁹, Ζένη Σαριδάκη¹², Αναστάσιος Μπούτης⁶, Μαρία Θεοχάρη³, Νατάσα Παζαϊτή⁹, Παρασκευή Λιάκου⁹, Μαρία Καναρά¹³, Ελευθέριος Καμπλέτσας¹⁴, Ειρήνη Παπαδοπούλου¹, Γεώργιος Νασσιούλας¹

1. Βιολόγος, Genekor Ιατρική Α.Ε, Αθήνα, 2. Ιατρός, Ιασώ, Αθήνα, 3. Ιατρός, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, 4. Ιατρός, Metropolitan, Αθήνα, 5. Ιατρός, Ιατρικό Κέντρο Αμαρουσίου, Αθήνα, 6. Ιατρός, Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη, 7. Ιατρός, Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 8. Ιατρός, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 9. Ιατρός, Metropolitan General, Αθήνα, 10. Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Αθήνα, 11. Ιατρός, Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα, 12. Ιατρός, ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ, Κρήτη, 13. Ιατρός, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, 14. Ιατρός, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κληρονομική προδιάθεση στον καρκίνο εντοπίζεται περίπου στο 5-10% των συνολικών περιπτώσεων διαγνωσθέντων καρκίνων και συνδέεται με την ύπαρξη κληρονομούμενων παραλλαγών σε συγκεκριμένα γονίδια. Η στοχευμένη ανάλυση γενετικών παραλλαγών στα μέλη οικογενειών με παθογόνες/πιθανώς παθογόνες παραλλαγές, διασφαλίζει μια οικονομικά αποδοτική προσέγγιση για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ

Η γενετική ανάλυση των μελών οικογενειών με καρκίνο του μαστού με παθογόνες/πιθανώς παθογόνες παραλλαγές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 1785 ασθενείς με καρκίνο του μαστού πραγματοποιήθηκε αλληλούχηση με τεχνολογία επόμενης γενιάς χρησιμοποιώντας ένα πάνελ 43 γονιδίων και σε 117 άτομα στοχευμένη γενετική ανάλυση με αλληλούχηση κατά Sanger ή MLPA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στους 1785 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, παθογόνες/πιθανώς παθογόνες παραλλαγές ανιχνεύθηκαν σε 362 ασθενείς (20.3%). Συγκεκριμένα, το 52.2%, το 25.1% και το 22.7% των θετικών ευρημάτων εντοπίστηκαν σε γονίδια υψηλής, μέτριας και χαμηλής διεισδυτικότητας, αντίστοιχα. Αν και, πραγματοποιήθηκε γενετική ενημέρωση σε όλες τις οικογένειες για ανάλυση ανίχνευσης οικογενούς παραλλαγής, 117 άτομα από 113 οικογένειες (31.2%) συνέχισαν με γενετικό έλεγχο. Η μέση ηλικία των εξεταζόμενων και των συγγενών πρώτου βαθμού που εξετάστηκαν ήταν 46 και 40 ετών ($p < 0.0001$), αντίστοιχα. Από τους συγγενείς πρώτου βαθμού που υποβλήθηκαν σε στοχευμένο έλεγχο, το 70% ήταν γυναίκες και οι 105/117 (89.7%) ήταν ασυμπτωματικοί. Μεταξύ των 117 ατόμων που εξετάστηκαν, το 42.7%, το 36.7% και το 20.6% ήταν απόγονοι, αδέρφια και γονείς των εξεταζόμενων, αντίστοιχα. Συνολικά, παθογόνος/πιθανώς παθογόνος παραλλαγή ανιχνεύθηκε στο 53.0% (62/117) των συγγενών πρώτου βαθμού που εξετάστηκαν. Σε στοχευμένη ανάλυση ανταποκρίθηκαν κυρίως μέλη οικογενειών (104/113, 91.4%) με θετικά ευρήματα σε

γονίδια υψηλού κινδύνου. Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν το γεγονός ότι η στοχευμένη ανάλυση παραλλαγών σε οικογένειες με θετικά ευρήματα δεν χρησιμοποιείται επαρκώς. Ωστόσο, η ανίχνευση οικογενούς παραλλαγής μπορεί να είναι ένα ισχυρό εργαλείο για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου και τον εντοπισμό των μελών της οικογένειας που διατρέχουν κίνδυνο.

ΑΑ 010**ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΜΑΣΤΟΥ – ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Χαρίκλεια Μαυρίδου¹, Αμαλία Σωτηριάδου¹, Γεώργιος Κυνηγόπουλος¹, Ελένη Μακρίδου¹, Αθανάσιος Ρήγκας¹, Τριάδα Μαλκότση¹

Ιατρός, Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Όλο και συχνότερα ανακαλύπτεται απηλάφητος.

ΣΚΟΠΟΣ

Η προσέγγιση της ανάδειξης των μη ψηλαφητών βλαβών και η σωστή διαχείρισή τους.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Ελέγχθηκαν 3.500 γυναίκες από τον Ιανουάριο του 2022 έως και τον Ιούλιο του 2022, πρωτίστως με ψηφιακή μαστογραφία. Στον προσυμπτωματικό μαστογραφικό έλεγχο διερευνήσαμε για: ογκόμορφη βλάβη, ασυμμετρία, επασβεστώσεις, διαταραχή της αρχιτεκτονικής/ακτινωτή ουλή. Ακολούθησε κατάταξη κατά BIRADS και έγινε προσπάθεια παράκαμψης του παράκαμψης του BIRADS 0 με άμεσες ενέργειες. Διενέργεια συμπληρωματικής απεικόνισης στον ίδιο χρόνο. Ανάσυρση παλαιότερων εξετάσεων από το αρχείο. Ενημέρωση της ασθενούς ότι οφείλει να προσκομίσει τις προηγούμενες εξετάσεις άμεσα. Τα BR4a, b, c και BR5 οδηγήθηκαν σε βιοψία (συνολικά 176) χρησιμοποιώντας ό,τι μέσο έχουμε διαθέσιμο. Με τα αποτελέσματα η ασθενής οδηγήθηκε σε κλινικό ιατρό για περαιτέρω αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι όλες οι μη ψηλαφητές αλλοιώσεις ύποπτες; Είναι όλες οι ύποπτες, μη ψηλαφητές αλλοιώσεις καρκίνος; Υπάρχει μεγάλο εύρος αλλοιώσεων στα πλαίσια του φυσιολογικού. Στόχος μας η συστηματική προσέγγιση και η άμεση και σωστή διαχείριση εκ μέρους του ακτινοδιαγνώστη.

ΑΑ 011

ΣΥΧΝΟ ΣΧΗΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ (FOLLOW UP) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΜΙΑ ΜΟΝΟ-ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΜΕ ΚΛΕΙΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ. ΜΙΑ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Λάζαρος Παπαδόπουλος², Εμμανουήλ Παυλάκης¹, Μαργαρίτα Κατσιμν², Άννα Φωκιανού¹, Δημήτριος Μανιάτης¹, Ρομίνη Αλεβίζου¹, Σοφία Φιλιπίδου¹, Νάγια Ντασίου¹, Νάγια Κοντογιάννη¹, Δημήτριος Νασίκας¹, Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης¹

1. Β Κλινική Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

2. Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «επιβίωση» μετά τον καρκίνο είναι η ξεχασμένη φάση της φυσικής ιστορίας του καρκίνου. Υπάρχει τεράστια έλλειψη προοπτικών και τυχαιοποιημένων στοιχείων στο πως αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται.

Τα έως τώρα στοιχεία προέρχονται από 5 τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου.

Αυτές οι μελέτες είναι παλιές, με μικρό αριθμό ασθενών, αντικατοπτρίζοντας ένα παλιότερο σύστημα υγείας με τεχνικές απεικόνισης ξεπερασμένες και γνώσεις με τα σημερινά δεδομένα ελλείψεις.

ΣΚΟΠΟΣ

Η εξακρίβωση της επιθυμίας των ασθενών σε σχέση με το σχήμα παρακολούθησης που θα ήθελαν οι ίδιοι να ακολουθήσουν (Συχνό vs λιγότερο συχνό), όντας ενήμεροι ότι τα στοιχεία που έχουμε έως τώρα (αν και χαμηλής στατιστικής ακρίβειας) δεν αναδεικνύουν όφελος όταν ο έλεγχος είναι συχνός.

ΥΛΙΚΟ

283 ασθενείς (από 27/5/22 έως 25/11/22) ερωτήθηκαν κατόπιν προσωπικής συνέντευξης για το πως αισθάνονται για το πρόγραμμα παρακολούθησης τους και εάν επιθυμούσαν αλλαγές στον αριθμό των εξετάσεων ή στη συχνότητα ελέγχου.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Αυτή είναι η μεγαλύτερη γνωστή σε εμάς μελέτη βασιζόμενη σε κλειστό ερωτηματολόγιο σχετιζόμενη με τη παρακολούθηση ασθενών με πρώιμο καρκίνο του μαστού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βάσει των ειδικών χαρακτηριστικών και διαφορετική κουλτούρα ενός μεσογειακού πληθυσμού, σε σύγκριση με ένα πιο βόρειο, αυτή είναι η πρώτη παρατήρηση ενός πληθυσμού με πρώιμο καρκίνο του μαστού όπου ακόμα και ασθενείς χαμηλού κίνδυνου υποτροπής δεν θα ήθελαν να αλλάξουν το συχνό τους σχήμα παρακολούθησης.

Ηλικία >70 ετών, και νεαροί ασθενείς με ιστορικό πρόσφατης διάγνωσης(<1 έτος) μοιάζουν σημαντικοί παράγοντες για λιγότερο συχνό έλεγχο.

Παραδόξως η κατάσταση της μασχάλης φαίνεται να σχετίζεται με την επιθυμία για λιγότερο συχνό έλεγχο. Οι ασθενείς που πιστεύουν ότι δεν έχουν βοήθεια από το περιβάλλον τους, που είχαν πρόχρονους ή μετάρχρονους καρκίνους, αναζητούν επίσης λιγότερα συχνά follow up.

Σοβαροί περιορισμοί είναι ότι σε διάφορες υπό-ομάδες ο αριθμός των παρατηρήσεων είναι ιδιαίτερα χαμηλός, είναι μια μελέτη παρατήρησης και μονοκεντρική.

Τέλος μιας και δεν υπάρχουν εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες στο περιβάλλον της ίδιας κλινικής διαφορετικοί ιατροί θα έδιναν διαφορετικό έλεγχο.

ΑΑ 012**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΑΝΙΑ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΤΟΣΟ ΣΠΑΝΙΑ, ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ:
Η ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Φλωρεντία Φωστήρα^{1,2}, Βασιλική Δελλατόλα², Δημήτριος Νασίκας¹, Παρασκευή Αποστόλου², Άννα Φωκιανού¹, Ρομίνη Αλεβίζου¹, Λάζαρος Παπαδόπουλος¹, Εμμανουήλ Παυλάκης¹, Σοφία Φιλιππίδου¹, Δημήτριος Μανιάτης¹, Δημήτριος Πανούσης¹, Παναγιώτα Κοντογιάννη¹, Παναγιώτα Ντασιού¹, Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης¹

1. Εργαστήριο Μοριακής Γενετικής του Ανθρώπου, ΕΚΕΦΕ "Δημόκριτος"

2. Β' Κλινική Μαστού, Γενική Κλινική "ΙΑΣΩ"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γενετική διερεύνηση του κληρονομικού καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα ραγδαία εξελισσόμενο πεδίο, το οποίο είναι ιδιαίτερης αξίας στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η πληροφορία που εξάγεται από τη διενέργεια του γονιδιακού ελέγχου έχει άμεση χρησιμότητα στη θεραπευτική προσέγγιση, την κλινική παρακολούθηση, καθώς και τις συστάσεις που αφορούν στη μείωση κινδύνου νέων πρωτοπαθών διαγνώσεων. Παρά τον συνεχιζόμενο αυξανόμενο αριθμό γονιδιακών ελέγχων που διενεργούνται στην Ελλάδα, η έλλειψη εξειδικευμένων δομών γενετικής, καθώς και ειδικευμένων γενετιστών, δημιουργεί κενό στην σαφή κατηγοριοποίηση των γενετικών ευρημάτων καθώς και την επεξήγηση και επικοινωνία αυτών προς τους εξεταζόμενους και τους θεράποντες.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Μεταξύ των ετών 2019-2022 έχουν συνολικά προσέλθει για γενετική συμβουλευτική 743 άτομα τα οποία παρακολουθούνται στη Β' Κλινική Μαστού, εκ των οποίων 612 αφορούσαν σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, το 90.7% (674/743) των ατόμων που προσήλθαν, προέβησαν σε πολυ-γονιδιακό έλεγχο, εκ των οποίων 12.4% (84/674) έφεραν παθογόνους παραλλαγές σε κλινικά σημαντικά γονίδια, με πέντε εξ' αυτών (6% των θετικών ευρημάτων), να φέρουν ένα γενετικό εύρημα που έρχεζε ιδιαίτερης προσοχής. Πιο συγκεκριμένα, αυτά αφορούσαν σε ασθενή που έφερε: (α) παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο TP53 η οποία ανιχνεύθηκε σε επίπεδο μωσαϊκισμού, (β) δύο παθογόνους παραλλαγές, μία σε κάθε ένα από τα γονίδια BRCA1 & BRCA2, (γ) παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο MLH1, (δ) παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο RAD51C και (ε) παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο SDHD. Όλες οι παραπάνω ασθενείς ενημερώθηκαν αναλυτικά για τις προεκτάσεις και τις επιλογές του αποτελέσματος του ελέγχου που αφορούν στη θεραπεία, τη μείωση κινδύνου από μελλοντικές κακοήθειες καθώς και τον έλεγχο των εξ αίματος συγγενών τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η γενετική αξιολόγηση και συμβουλευτική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σύγχρονης ογκολογικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Οι ολιστικά ενημερωμένοι ασθενείς από τους ειδικούς της διεπιστημονικής ομάδας έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν αποφάσεις οι οποίες αρμόζουν καλύτερα στην ιδιοσυγκρασία τους.



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 1****ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΟΠΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ****Προεδρείο: Λανίτης Σ. –Χαλαζωνίτης Α.- Βαράκη Κ.****Σχολιασμός: Κυριάκου Γ.- Μαλακάσης Π.- Δημητρόπουλος Ν. – Αγγελόπουλος Μ.Π****ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Β3 ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ****Φλέσσας Ι. Ιωάννης****Διευθυντής Γ Χειρουργικής Κλινικής Μαστού Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center**

Το τρέχον σύστημα κατηγοριοποίησης της βιοψίας με κόπτουσα βελόνα έχει ως αποτέλεσμα μια ποικιλία βλαβών που προβλέπεται να έχουν αβέβαιο δυναμικό κακοήθους εξαλλαγής, οι οποίες αναφέρονται ως βλάβες Β3, συγκεκριμένα, λοβιακή νεοπλασία, άτυπη ενδοπορική υπερπλασία, ινοεπιθηλιακοί όγκοι, adenomyoepithelioma, microglandular adenosis, spindle cell lesions βλεννώδεις αλλοιώσεις μαστού (αλλοιώσεις τύπου βλεννοκήλης) ακτινωτή ουλή και θηλώδεις αλλοιώσεις. Η πρόσφατη εισαγωγή συστημάτων VACB 9- και 11-gauge, τα οποία επιτρέπουν μια πιο εκτεταμένη δειγματοληψία ιστού από την αυτοματοποιημένη CNB 14-gauge, έχει ενισχύσει την ακρίβεια της προεγχειρητικής διάγνωσης των βλαβών του μαστού. Αυτή η μέθοδος δειγματοληψίας ιστού έχει μειώσει σημαντικά το ποσοστό υποεκτίμησης της κακοήθειας που προσδιορίζεται από το αυτοματοποιημένο CNB 14-gauge. Ωστόσο, η διάγνωση Β3 με VACB εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται συχνά. Αυτό εγείρει το ερώτημα αν θα αρκαστεί ο χειρουργός μαστού στην κλινική παρατήρηση ή θα προχωρήσει σε ανοικτή χειρουργική επέμβαση.

Η δειγματοληψία πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 12 x 7 gauge cores, το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου 4gr ιστού. Επίσης συστήνεται να ζυγίζεται το συνολικό βάρος του ιστού που αφαιρείται, μετά το πέρας της διαδικασίας. Η πιθανότητα αναβάθμισης της ιστολογικής σε κακοήθεια για το σύνολο των Β3 αλλοιώσεων είναι περίπου 17% . Είναι αυτονόητο ότι η παρουσίαση αυτή αναφέρεται στη δευτερογενή εκτίμηση της Β3 αλλοίωσης, μετά τη βιοψία core και ότι εάν από το VAE προκύψει αναβάθμιση της ιστολογικής σε κακοήθεια, η ενδεδειγμένη θεραπευτική χειρουργική προσέγγιση παραμένει η παραδοσιακή χειρουργική εκτομή της βλάβης. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, ακόμη και για τη δευτερογενή εκτίμηση, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις Β3 αλλοιώσεων η χειρουργική βιοψία εκτομής παραμένει η μέθοδος εκλογής, ενώ εξακολουθεί να είναι η μοναδική επιλογή, όπου το VAE δεν είναι διαθέσιμο ή δεν είναι πρακτικά εφικτό.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΕΥΡΕΣΗΣ ΜΗ ΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΠΛΗΝ ΣΥΡΜΑΤΙΝΟΥ ΟΔΗΓΟΥ.**Παπαδόπουλος Λάζαρος****Χειρουργός Μαστού, Επιμ. Β' Κλινική Μαστού ΙΑΣΩ**

Η παρουσίαση μου αφορά τεχνικές εύρεσης μη ψηλαφητών αλλοιώσεων πέραν του συρματινού οδηγού. Αρχικώς κάνω μια ιστορική αναφορά στις μεθόδους εύρεσης αλλοιώσεων.

Στη συνέχεια αναφέρω γιατί χρειαζόμαστε τέτοιου είδους τεχνικές αλλά και τι ακριβώς ψάχνουμε σε μια σύγχρονη τεχνική.

Έπειτα αναφέρω τις ακόλουθες τεχνικές με τα θετικά και αρνητικά εκάστοτε διαδικασίας καθώς και συνοδό βιβλιογραφία (level of evidence)

- ROLL
- RADIOACTIVE SEEDS
- SAVI SCOUT
- HOLOGIC
- MAGSEED παραμαγνητικές ουσίες

- SIRIOUS PINTUITION
- ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟ

Είναι σημαντικό στην πρακτική μας το επίπεδο στατιστικών στοιχείων, αλλά και τι συγκριτικές/προοπτικές μελέτες έχουμε στα χέρια μας σχετικά με διαφορετικές τεχνικές καθώς και τυχόν σύγκριση μεταξύ τους. Αναφέρω ποιες τέτοιες μελέτες υπάρχουν αυτή τη στιγμή στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Τέλος αναφέρω τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, μελλοντικές μελέτες αλλά και ποιο μπορεί να είναι το μέλλον στις τεχνικές σήμανσης μη ψηλαφητών αλλοιώσεων.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Λουκία Πούλου

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης του Τμήματος Απεικονίσεων και Επεμβατικής Ακτινολογίας Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Η μαγνητική τομογραφία μαστού σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες οδηγίες όλων των εταιρειών απεικόνισης και χειρουργικής μαστού αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα του προεγχειρητικού ελέγχου. Αποκαλύπτει ομόπλευρη βλάβη στο 6-34% των περιπτώσεων και ετερόπλευρη στο 4-24%. Έχει συνδεθεί με αλλαγή του σχεδιασμένου χειρουργικού πλάνου στο 23% των περιπτώσεων όχι απαραίτητως προς μαστεκτομή αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις σε πιο συντηρητικό χειρουργείο όπως η ογκεκτομή.

Θεωρείται πλέον απαραίτητη στην προεγχειρητική σταδιοποίηση του DCIS (ductal carcinoma in situ) και του λοβιακού καρκίνου ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες με πυκνούς μαστούς και αν υπάρχει διαφορά στις μετρήσεις γνωστής κακοήθειας μεταξύ μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος.

Σύγχρονες μελέτες (POMB trial) έχουν αναδείξει επίσης ότι η προσθήκη της μαγνητικής τομογραφίας στον προεγχειρητικό απεικονιστικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού είχε ευνοϊκή επίδραση στην συνολική επιβίωση και στην επιβίωση ελεύθερη νόσου ελαφρώς αλλά όχι στατιστικά σημαντικά.

Περαιτέρω μελέτη αυτής της επίδρασης απαιτείται με τυχαιοποιημένες μελέτες και μεγάλες σειρές ασθενών.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Αρκαδόπουλος Ν.- Φουστάνος Α.- Παρασκευόπουλος Σ.

Σχολιασμός: Γραββάνης Α.-Σταφυλά Β.-Κορωνάκης Δ.

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ

Κωνσταντίνος Καραπαναγιώτης, MD,

Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης.

Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (ΒΛΦ) παραμένει η κύρια μέθοδος σταδιοποίησης της μασχάλης στον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού με κλινικά αρνητικούς λεμφαδένες.

Σήμερα εκτελείται κλασσικά με την ραδιοισοτοπική μέθοδο μόνο ή & με την έγχυση blue dye.

Μειονεκτήματα όπως η εξάρτηση από το Τμήμα Ραδιοισοτόπων καθώς και η βωρη ημιπερίοδος ζωής του ραδιοισοτόπου μαζί με το αυξημένο κόστος, οδήγησαν στην ανακάλυψη νέων (επεμβατικών & μη) τεχνικών όπως 1. η χρήση του φθωρισμού του πράσινου της Ινδοκυανίνης (ICG), 2. η χρήση νανοσωματιδίων υπερμαγνητικού οξειδίου του Σιδήρου (SPIO) και 3. η ενίσχυση του Υπερηχογραφικού σήματος με μικροφουσαλλίδες (CEUS).

Οι νέες τεχνικές για ΒΛΦ φαίνεται να είναι ασφαλείς, εφαρμόσιμες, και εφικτές και χαρακτηρίζονται από ακρίβεια, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Παρουσιάζονται οι 3 νέες τεχνικές με τα προτερήματα & τα μειονεκτήματά τους. Σίγουρα θα πρέπει να γίνουν συγκριτικές μελέτες για εξακρίβωση της αξίας και της αποτελεσματικότητας των.

Με την χρήση τους, ο Χειρουργός παύει να εξαρτάται από το Τμήμα Ραδιοισοτόπων και μπορεί να σχεδιάσει τις εγχειρητικές κινήσεις του.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΑΣΧΑΛΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΟΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**Σταθουλοπούλου Μαρουλιώ***Διευθύντρια Χειρουργός Μαστού Μονάδα Μαστού Θεραπευτήριο Μετροπόλιταν*

Η Νεοεπικουρική Χημειοθεραπεία είναι η standard of care θεραπεία για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού. Είναι η εναλλακτική θεραπεία στην adjuvant θεραπεία για ασθενείς με μεγάλους χειρουργήσιμους όγκους. Πολλές τυχαίοποιημένες μελέτες έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην ολική επιβίωση και στην ελεύθερη νόσου επιβίωση ανάμεσα στη Neoadjuvant και στην Adjuvant θεραπεία. Η επίτευξη Παθολογικής πλήρους ανταπόκρισης (pCR) σχετίζεται με πολύ καλή πρόγνωση. Η Νεοεπικουρική χημειοθεραπεία υποσταδιοποιεί τους μασχαλιαίους λεμφαδένες στο 20-40% των ασθενών. Τα ποσοστά είναι υψηλότερα, >50% , σε ασθενείς Her-2 + με χημειοθεραπεία και Anti-Her-2 θεραπεία. Επίσης, μας δίνει τη δυνατότητα μείωσης της έκτασης της χειρουργικής επέμβασης στη μασχαλιαία χώρα με τη βιοψία Λεμφαδένα Φρουρού. Όταν κάνουμε βιοψία φρουρού λεμφαδένα μετά από NAC σε ασθενείς με αρχικά επιβεβαιωμένα θετική μασχάλη πρέπει να αφαιρούμε τους ραδιενεργούς, τους μπλε και τους σεσημασμένους με Indian ink ή Clip λεμφαδένες, που ήταν επιβεβαιωμένα θετικοί στη βιοψία προ NAC, όλους που έχουν κρούσεις >10% καθώς και όλους τους διεγχειρητικά, ψηλαφητικά, παθολογικούς κατά την κρίση του χειρουργού. Πρέπει να εντοπίζονται και να αφαιρούνται τουλάχιστον 2-3 Φ.Λ. γιατί μειώνονται τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Η σύσταση του NCCN για > 2 ΛΦ και διπλή τεχνική βασίζεται στις μελέτες SENTINA, Z1071 και SN FNAC, όπου δε γινόταν στοχευμένη λεμφαδενεκτομή αλλά Βιοψία Λεμφαδένα Φρουρού. Δύο μελέτες με σήμανση των παθολογικών μασχαλιαίων λεμφαδένων πριν την νεοεπικουρική θεραπεία (MARI, MD ANDERSON) όπου σημειούνταν μόνο ένας παθολογικός λεμφαδένας (ο «πιο παθολογικός» και τεκμηριωμένα με βιοψία θετικός κατά τους συγγραφείς). Και στις δύο μελέτες, βέβαια, περιλαμβάνονταν και ασθενείς με πολύ περισσότερους παθολογικούς λεμφαδένες κλινικά ή υπερηχογραφικά

MD ANDERSON: 2 (20%), 3 (17%), >4 (28%),

MARI: N2 (13%), N3 (27%)

Και στις δύο μελέτες, μετά την νεοεπικουρική, ο αρνητικός σεσημασμένος λεμφαδένας προέβλεψε την συνολική κατάσταση στη μασχάλη με χαμηλά ποσοστά ψευδώς αρνητικών (MD ANDERSON 4.2%, MARI trial 7%). Το MD ANDERSON βελτίωσε ακόμη περισσότερο τα FNR (2%) προσθέτοντας και την SLNB μαζί με την TAD. Η σήμανση πρέπει να γίνεται το αργότερο μέχρι το δεύτερο σχήμα της χημειοθεραπείας (γιατί μετά κινδυνεύουμε να μην μπορούμε να εντοπίσουμε τον όγκο και τους παθολογικούς λεμφαδένες). Αυτή είναι και η προσέγγιση που χρησιμοποιούμε πλέον μετά από Νεοεπικουρική ΧΜΘ. Εν τω μεταξύ, τρέχουν διάφορες μελέτες που θα παρέχουν σαφέστερη καθοδήγηση σχετικά με τη χρήση της RT αντί του ΜΛΚ σε ασθενείς με θετικό Φ.Λ. μετά Νεοεπικουρική ΧΜΘ, αλλά ακόμα δεν υπάρχουν δεδομένα παρά μόνο σε μεμονωμένα κέντρα με μικρό αριθμό ασθενών και μέσα από αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων.

ΟΓΚΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**Αναστασάκου Κορνηλία***Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Α' Κλινικής Μαστού, Metropolitan General (Χολαργός)*

Η χειρουργική διατήρησης του μαστού είχε ως αποτέλεσμα την αποφυγή άσκοπων μαστεκτομών. Όμως τα αισθητικά αποτελέσματα αυτής της διατήρησης απείχαν σε πολλές ασθενείς πολύ από το είναι ικανοποιητικά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα κάποιες ασθενείς να οδηγούνται σε μαστεκτομή και αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο. Ο χειρουργός μαστού Werner Audretsch ξεκίνησε στο Ντύσσελτορφ πριν από σχεδόν 35 χρόνια να καλύπτει το κενό που άφηνε πίσω της στο μαστό μια μεγάλη εκτομή με μυικούς κρημνούς. Έτσι γεννήθηκε η λεγόμενη ογκοπλαστική χειρουργική του μαστού. Ακολούθησαν ο Jean Yves Petit από

το Μιλάνο, ο Krishna Clough από το Παρίσι, ο Douglas Mc Millan από το Nottingham και ο Peter Schrenk από το Λίντς, οι οποίοι άρχισαν να χρησιμοποιούν όλο και πιο συχνά τεχνικές της μειωτικής μαστών για καλύψουν μικρά ή μεγάλα κενά μετά την εκτομή του όγκου. Σήμερα χρησιμοποιούνται κυρίως δύο κατατάξεις της ογκοπλαστικής χειρουργικής, εκείνη του Clough και εκείνη του Hoffmann. Τόσο οι ογκοπλαστικές τεχνικές διατήρησης, όσο και εκείνες που εφαρμόζονται στην άμεση αποκατάσταση θεωρείται πλέον ότι ανήκουν στην ογκοπλαστική χειρουργική. Στις μέρες μας είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς χειρουργό μαστού χωρίς εκπαίδευση στις ογκοπλαστικές τεχνικές διατήρησης και αποκατάστασης του μαστού. Από τις πολλές αναδρομικές και λίγες προοπτικές μελέτες που έχουν δημοσιευθεί μέχρι τώρα γνωρίζουμε ότι η ογκοπλαστική χειρουργική έχει μειώσει το ποσοστό μαστεκτομών και σίγουρα έχει μειώσει το ποσοστό θετικών ορίων, άρα και των επανεπεμβάσεων. Επίσης είναι ογκολογικά ασφαλής, τόσο σε σχέση με τη μαστεκτομή, όσο και σε σχέση με την τμηματεκτομή του μαστού. Στην ομιλία αυτή θα παρουσιαστούν οι κατατάξεις των ογκοπλαστικών τεχνικών, οι μελέτες, τα ανοικτά ερωτήματα και οι προσπάθειες που γίνονται για την συστηματοποίηση των τεχνικών αυτών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Νικόλαος Β. Μιχαλόπουλος

Επίκ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Μετεμμηνοπαυσιακή ασθενής 55 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών προσήλθε λόγω ψηλαφητού όγκου οπισθοθηλαία αριστερά. Κατά τον απεικονιστικό έλεγχο ανευρέθησαν ύποπτη βλάβη οπισθοθηλαία αριστερά αλλά και έτερη βλάβη οπισθοθηλαία δεξιά. Επιπλέον ανευρέθη ύποπτος λεμφαδένας αριστερής μασχάλης.

Πραγματοποιήθηκε core biopsy και των δύο αλλοιώσεων των μαστών και FNA του ύποπτου λεμφαδένα αριστερά. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ένα Triple Negative πορογενές διηθητικό Ca αριστερού μαστού και ένα Luminal B πορογενές διηθητικό Ca δεξιού μαστού. Ο λεμφαδένας της αριστερής μασχάλης ήταν θετικός για μεταστατική διήθηση.

Μετά από συζήτηση στο Ογκολογικό Συμβούλιο ελήφθη η απόφαση η ασθενής να λάβει προεγχειρητική χημειοθεραπεία και να υποβληθεί σε γενετικό έλεγχο. Έγινε σήμανση των όγκων των μαστών άμφω και του θετικού λεμφαδένα με clips τιτανίου. Ο γενετικός έλεγχος απέβη αρνητικός.

Μετά το πέρας της χημειοθεραπείας υπεβλήθη σε ογκεκτομές μαστών άμφω, στοχευμένη λεμφαδενοεκτομή αριστερά και βιοψία λεμφαδένα φρουρού δεξιά. Στην ταχεία βιοψία της δεξιάς μασχάλης ο λεμφαδένας φρουρός ήταν αρνητικός ενώ στην αριστερή μασχάλη ο λεμφαδένας ήταν θετικός και ακολούθησε λεμφαδενικός καθαρισμός. Ιστολογικά ανευρέθησαν υπολειμματικές εστίες διηθητικού Ca σε αμφότερους τους μαστούς ενώ οι υπόλοιποι λεμφαδένες της αριστερής μασχάλης ήταν αρνητικοί.

Η ασθενής υπεβλήθη σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία με λετροζόλη και επικουρική θεραπεία με capecitabine.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ****Προεδρείο:** Παπαδόπουλος Γ.-Πατσέα Ε.-Γιαννούλης Κ.**Σχολιασμός:** Λύπας Γ.-Δουβετζέμης Σ.- Ασκοξυλάκης Ι.**ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ»****ΠΟΙΟΙ, ΠΩΣ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΙ****Φλωρεντία Φωστήρα, PhD***Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια, ErCLG*

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις συχνότερες κακοήθειες που προσβάλλουν τις γυναίκες του Δυτικού κόσμου. Υπολογίζεται ότι περίπου το 10%-15% των νέων διαγνώσεων στον καρκίνο του μαστού έχει κληρονομική βάση. Τα σημαντικότερα γονίδια, παθογόνοι παραλλαγές των οποίων προδιαθέτουν στον καρκίνο του μαστού, είναι τα γονίδια BRCA1 & BRCA2. Η μη-ορθή λειτουργία των γονιδίων αυτών σχετίζεται με ιδιαίτερα αυξημένο δια βίου κίνδυνο στον πρωτοπαθή, δευτεροπαθή καρκίνο του μαστού, καθώς και στον καρκίνο των ωοθηκών.

Η γενετική ταυτοποίηση γυναικών με πρώιμο καρκίνο του μαστού είναι ιδιαίτερης σημασίας τόσο λόγω των μέτρων πρόληψης που πρέπει να ληφθούν σχετικά με τη μείωση κινδύνου για την πιθανότητα νέων διαγνώσεων, όσο και για το όφελος που δύναται να λάβουν από τη χρήση στοχεύουσων θεραπειών. Ο πλέον διαδεδομένος τρόπος γονιδιακού ελέγχου στοχεύει στην ταυτόχρονη ανάλυση πολλών γονιδίων μέσω της επόμενης γενιάς αλληλούχησης.

Τα τυπικά χαρακτηριστικά που έχουν οι κληρονομικοί όγκοι του μαστού σχετίζονται κυρίως την διακριτή ιστοπαθολογία τους, μιας και συννηθέστερα αφορούν σε καρκινώματα χαμηλής διαφοροποίησεως, καθώς και η νεαρή ηλικία εμφάνισής τους, συννηθέστερα πριν από την ηλικία των 45 ετών. Σημαντικό ρόλο στη παραπομπή ασθενών για γονιδιακό έλεγχο διαδραματίζει και το οικογενειακό ιστορικό, το οποίο όμως συχνά μπορεί να είναι ελλιπές ή να χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς, όπως η μικρή δομή οικογένειας.

Με το κόστος του γονιδιακού ελέγχου να μειώνεται συνεχώς, λόγω των αλματωδών εξελίξεων στις εργαστηριακές μεθόδους αλληλούχησης του DNA, αλλά και της ανάγκης για λιγότερο επεμβατική και περισσότερο εξατομικευμένη ιατρική, τα κριτήρια παραπομπής ασθενών για γονιδιακό έλεγχο διευρύνονται όλο και περισσότερο, ενώ υπάρχουν επιστημονικές εταιρίες, οι οποίες συστήνουν τη διενέργεια γονιδιακού ελέγχου σε όλες τις γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Η μετάβαση σε μια τέτοια ολιστική προσέγγιση οφείλει να πραγματοποιηθεί με βάση την κλινική εφαρμογή και ωφέλεια των αποτελεσμάτων του γονιδιακού ελέγχου, λαμβάνοντας πάντα υπόψιν και τις πιθανές επιβλαβείς επιπτώσεις κατά περίπτωση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ****Προεδρείο:** Πανοσκάλης Θ.-Αντσακλής Α.-Παυλάκη Αικ.**Σχολιασμός:** Βασιλόπουλος Ι.-Σούσης Ι.-Ψαθάς Π. 15'**ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ****Μαντζαβίνος Θεμιστοκλής***Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο ΙΑΣΩ*

Ο Καρκίνος του μαστού, αποτελεί το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα και προκαλεί τους συχνότερους θανάτους παγκοσμίως.

Σχεδόν τα μισά περιστατικά των καρκίνων του στήθους έχουν γνωστή αιτιολογία. Ένα επιπλέον 10% σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό και γενετικά αίτια, ενώ για ένα μικρό ποσοστό ενοχοποιούνται άλλοι

παράγοντες όπως το δημογραφικό, ο τρόπος ζωής και το περιβάλλον. Τα ακριβή αίτια του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστα και συνήθως είναι πολυπαραγοντικά.

Η χρήση φαρμάκων γονιμότητας προκαλεί αύξηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και έχουν ενοχοποιηθεί για εμφάνιση καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα φάρμακα όμως αυτά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν ότι χρησιμοποιούνται για πολύ μικρό χρονικό διάστημα της ζωής μιας γυναίκας, όσο διαρκούν οι κύκλοι διέγερσης των ωοθηκών έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση.

Σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2022 στην Ιρλανδία στο περιοδικό BJS Open αναλύθηκαν όλες οι δημοσιεύσεις των τελευταίων 20 ετών σχετικά με την επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην εξωσωματική γονιμοποίηση, όπως οι γοναδοτροπίνες, η κιτρική κλομιφαίνη, η χοριακή γοναδοτροπίνη, οι GnRH αγωνιστές και ανταγωνιστές, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Έτσι μελετήθηκαν 617.479 γυναίκες που συμμετείχαν σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Δεν υπήρχε καμία συσχέτιση καρκίνου του μαστού με τα προαναφερθέντα φάρμακα ακόμη και σε γυναίκες που έκαναν πάνω από 6 προσπάθειες IVF.

Το μόνο μειονέκτημα των διάφορων ανασκοπήσεων είναι ότι προέρχονται από ποικίλες δημοσιεύσεις διαφορετικών χωρών με ανδρομικές και προδρομικές μελέτες όπου δεν συνυπολογίζονται πάντοτε και πολλοί άλλοι πιθανώς ενοχοποιητικοί παράγοντες, όπως η πρόωγη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνοπάυση, το αυξημένο βάρος, το οικογενειακό ιστορικό, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η υπογονιμότητα, η παλαιότερη χρήση ορμονών, η ηλικία της γέννησης του πρώτου παιδιού, η μεγάλη ηλικία κ.α..

Όπως θα αναφερθεί στην ομιλία και μετά την ανάλυση των άλλων σχετικών δημοσιεύσεων, δεν μας επιτρέπεται ο εφησυχασμός, αλλά θα πρέπει πάντοτε πριν από την έναρξη της αγωγής για εξωσωματική γονιμοποίηση να γίνεται ένας ενδελεχής έλεγχος των μαστών.

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πανούσης Δημήτριος

MD, PhD, FEBS Γυναικολόγος Β' Κλινική Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι παγκοσμίως ο πιο συχνός γυναικείος καρκίνος. 1 στις 8 γυναίκες θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Σε γενικές γραμμές, η αποκία και η παρατεταμένη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα και τα προγεσταγόνα είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα (γοναδοτροπίνες, κιτρική κλομιφαίνη) που χρησιμοποιούνται για την ωοθηκική διέγερση κατά την ωοθυλακιακή φάση του κύκλου δημιουργούν ένα υπεροιστρογινικό περιβάλλον – σε ένα κύκλο ωοθηκικής διέγερσης μπορούν να καταγραφούν επίπεδα οιστογόνων και αριθμός ωοθυλακίων ανάλογα με αυτά που παρατηρούνται σε σύνολο εμμηνορρυσιακών κύκλων 1 έτους – που εύλογα προκαλεί ανησυχία για την ασφάλεια των τεχνικών εξωσωματικής γονιμοποίησης ως προς την πιθανότητα πρόκλησης αύξησης του κινδύνου εμφάνισης μιτωτικών εξεργασιών του μαστού με παραγωγή προκαρκινικών κυττάρων μέσω των προγεστερονικών υποδοχέων των μαστικών κυττάρων.

ΥΛΙΚΑ -ΜΕΘΟΔΟΣ

Από ένα σύνολο 4148 καταγεγραμμένων μελετών σε χρονικό διάστημα 30 ετών (1990-2020) συγκεντρώθηκαν 20 μελέτες που περιείχαν ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα (quality of evidence) ικανά να στοιχειοθετήσουν μια σταθερή βάση για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, από όλες τις μελέτες που περιλαμβάνουν γυναίκες που υπεβλήθησαν σε τεχνικές υποβοηθούμενης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δεν προκύπτει σημαντική αύξηση εμφάνισης καρκίνου

μαστού (OR 1.03, 95% CI : 86 - 1.23, 20 studies, I2 ¼ 88.41%, very low quality of evidence). Η χορήγηση γοναδοτροπινών δεν φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση της επίπτωσης της νόσου, αν και περαιτέρω μελέτες χρειάζονται για να διερευνηθεί το συσσωρευτικό αποτέλεσμα αυτών των ουσιών στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού μετά από αρκετούς κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τρομπούκης Σωτήρης

Μαιευτήρας Χειρουργός/Γυναικολόγος, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών. Άγχος και δυσφορία κάνουν την εμφάνισή τους. Η χρήση χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας εκτός από τον ψυχολογικό αντίκτυπο, έχουν και επιπτώσεις στο ουρογεννητικό σύστημα. Οι γυναίκες αναφέρουν κολπική ξηρότητα, δυσουρία, δυσπαρεύνια, μικροτραυματισμούς και αυξημένη ευαισθησία, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τις επαφές. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων δεν είναι πάντα εύκολη. Η συστηματική χρήση ορμονικής υποκατάστασης αποφεύγεται. Οι τοπικές μη ορμονικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές, ενώ η κολπική χορήγηση οιστρογόνων συστήνεται μόνο μετά από ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με τους κινδύνους. Ο νέος τομέας της αισθητικής / επανορθωτικής γυναικολογίας παρέχει τη δυνατότητα θεραπειών σε θέματα σεξουαλικής υγείας. Σύμφωνα με μελέτες, η χρήση το κολπικού laser είναι μία ασφαλής, αποτελεσματική και πολύ καλά ανεκτή λύση. Οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση σε θέματα ξηρότητας, δυσουρίας και δυσπαρεύνιας. Η ικανοποίηση των ασθενών φτάνει σε ποσοστό πάνω από 80%, ενώ αναφέρεται βελτίωση με διάρκεια μέχρι και 18 μήνες μετά τη θεραπεία. Η βοήθεια της τεχνολογίας δεν περιορίζεται μόνο στη χρήση του laser, αφού η τοπική εφαρμογή ραδιοσυχνοτήτων (RF) παρουσιάζει ανάλογη αποτελεσματικότητα. Η τοπική έγχυση υαλουρονικού οξέος βελτιώνει τα συμπτώματα σε ποσοστό 86,5%, ενώ η μεσοθεραπεία κόλπου με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια (PRP), αποτελεί μία αποτελεσματική εναλλακτική μέθοδο. Η ενημέρωση των ασθενών, καθώς και η παραπομπή τους σε εξειδικευμένα τμήματα συστήνεται από όλους τους διεθνείς οργανισμούς.

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΠΟΛΥ ΝΕΑΡΕΣ (<35 ΕΤΩΝ) ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Δημήτριος Νασίκας

Χειρουργός Μαστού, Β' Κλινική Μαστού Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Ο καρκίνος του μαστού σε νεαρές γυναίκες κάτω των 35 ετών, αν και σπάνια ως οντότητα στην καθ' ημέρα πράξη, παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά αλλά και χαρακτηριστικά γονιδιακού υπόβαθρου. Προηγούμενες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει το νεαρό της ηλικίας σαν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την υποτροπή της νόσου αλλά και το θάνατο από τον καρκίνο του μαστού.

Επιπλέον υφίσταται μια υποαντιπροσώπηση αυτής της ηλικιακής κατηγορίας στις μεγάλες κλινικές μελέτες για τον καρκίνο του μαστού. Ιδιαίτερα θέματα ανακύπτουν ακόμη και στην βέλτιστη μέθοδο απεικόνισης του μαστού στην ηλικιακή αυτή κατηγορία.

Πλέον είναι γνωστό ότι ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης (μαστεκτομή έναντι επέμβασης διατήρησης του μαστού με συνοδό ακτινοθεραπεία) δεν σχετίζεται με τη συνολική επιβίωση.

Ιδιαίτερα ζητήματα ανακύπτουν ασφαλώς και στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση. Υπολογίζεται ότι 8 στις 10 γυναίκες έχουν ήδη περιοχική νόσο στη σύστοιχη μασχάλη. Επίσης απαιτείται ιδιαίτερος χειρισμός για τη σταδιοποίηση της νόσου κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και για τα σχήματα χημειοθεραπείας που ενδέχεται να χορηγηθούν.

Αναφορικά με τη διατήρηση της γονιμότητας είναι πλέον γνωστό ότι ενδέχεται να επηρεάσει τόσο την ψυχολογία των ασθενών όσο και την πειθαρχία τους στη λήψη χημειοθεραπείας.

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

SUPPLEMENTAL BREAST MRI FOR WOMEN WITH EXTEREMELY DENSE BREASTS: DENSE **Λουκία Πούλου**

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης του Τμήματος Απεικονίσεων και Επεμβατικής Ακτινολογίας του Νοσοκομείου ΙΑΣΩ.

Σκοπός:

Η ανάδειξη της χρησιμότητας της μαγνητικής τομογραφίας ως μεθόδου ελέγχου μαστών με αυξημένη πυκνότητα και τα αυξημένα ποσοστά ανάδειξης καρκίνου σε αυτού του είδους μαστούς σε σύγκριση με τον απλό μαστογραφικό έλεγχο.

Αποτελέσματα:

Η μελέτη DENSE πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς στην Ολλανδία. Όλες οι ασθενείς είχαν εξαιρετικά πυκνούς μαστούς (ACR D). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, μια ομάδα που πραγματοποίησε στα πλαίσια του προσυμπτωματικού ελέγχου μόνο μαστογραφία και στις ασθενείς που υποβλήθηκαν και σε μαγνητική τομογραφία. Αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης όπου αναδείχθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά ανίχνευσης καρκίνου. Αναλύονται επίσης και τα αποτελέσματα της παρακολούθησης των ασθενών καθώς και τα ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Αναλύθηκαν τα αποτελέσματα του δεύτερου γύρου ελέγχου με μαγνητική τομογραφία μαστών των γυναικών που αρχικά υποβλήθηκαν στην μέθοδο συνδυαστικά της μαστογραφίας και βρέθηκαν σημαντικά μικρότερα ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

Συμπέρασμα:

Αναδεικνύεται υπεροχή της μαγνητικής τομογραφίας μαστών σαν εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου σε ασθενείς με εξαιρετικά πυκνούς μαστούς. Ιδιαίτερα αναδεικνύεται η ανάγκη για μια περισσότερο προσωποποιημένη στρατηγική ελέγχου των γυναικών αναλόγως των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους και κυρίως του υπολογιστικού του κινδύνου εμφάνισης μαστών ξεχωριστά σε κάθε μια εξ αυτών.

ΔΙΑΛΕΞΗ

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ (ESO) ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΩΝ

Νικόλαος Παυλίδης

Ομότιμος Καθηγητής Ογκολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων, Κοσμήτορας Κολλεγίου της ESO

Η ESO ιδρύθηκε το 1982 στο Μιλάνο από τον Καθηγητή Umberto Veronesi. Αποτελεί έναν ανεξάρτητο μη-κερδοσκοπικό οργανισμό αφιερωμένο στην ποιοτική εκπαίδευση στην Ογκολογία (Παθολογική, Ακτινοθεραπευτική και Χειρουργική), με στόχο τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο. Εδράζεται στο Μιλάνο και την Μπελινζόνα. Λειτουργεί υπό τη σκέπη δύο Κοινοφελών Ιδρυμάτων, ενός Διοικητικού Συμβουλίου και μιας Επιστημονικής Επιτροπής.

Η ESO προσφέρει μια σειρά εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην Ογκολογία (Career Development Program) τα οποία απευθύνονται σε νέους κυρίως ογκολόγους (από Δυτική και Ανατολική Ευρώπη, Ευρασία, Βαλκάνια, Μέση Ανατολή και Λατινική Αμερική). Επίσης, από το 2020 λειτουργεί και το Κολλέγιο της ESO. Στα προγράμματα της υπάγονται: 1) Τα MASTERCLASSES, 4-ήμερα εκπαιδευτικά σεμινάρια τα οποία προορίζονται για ογκολόγους κάτω των 40 ετών (για προετοιμασία σε εξετάσεις ειδικότητας), 2) Οι ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ 3-6 μηνών ως έμμισθοι (2.500 Ευρώ μηνιαίως). Πρόκειται για κανονικούς Ειδικευόμενους ή για Παρατηρητές σε γνωστά Ευρωπαϊκά Κέντρα, 3) τα μονοετή ή διετή ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ σε συνεργασία με Ευρωπαϊκά Πανεπιστήμια διάρκειας 400 ωρών (13-14 ECTS) επικεντρωμένα σε καρκίνους του μαστού, πνεύμονος, ΓΕΣ και λεμφώματα, 4) τα 5-νθήμερα

σεμινάρια ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 5-6ου έτους σε συνεργασία με ESMO, ESSO και ESTRO, 5) η ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (LIVE e-Sessions) όπου υπάρχουν >2.000 καταχωρημένες Online διαλέξεις και > 17.000 χρήστες από 135 χώρες, 6) οι ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΕΣ ΣΕΙΡΕΣ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ (REFRESHER COURSES) και 7) τα ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ

Το ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΤΗΣ ΕΣΟ (ESCO) χαρακτηρίζεται από ένα συνεχές δομημένο εκπαιδευτικό μονοπάτι ικανό να ενισχύσει την καριέρα του νέου ογκολόγου από το επίπεδο του φοιτητή μέχρι το επίπεδο της κατάληψη ηγετικής θέσης. Η συμμετοχή και η αναγνώριση ενός υποψηφίου νέου ογκολόγου στο Κολλέγιο διασχίζει 3 φάσεις: την Φάση 1 όπου αποκαλείται Εκπαιδευόμενος (Student) και είναι έτοιμος να αρχίσει να συλλέγει Εκπαιδευτικά Μόρια, την Φάση 2 όπου χαρακτηρίζεται ως Υπότροφος (Fellow) έχοντας ήδη συγκεντρώσει 100 Εκπαιδευτικά Μόρια και την Φάση 3 όπου θεωρείται ως Απόφοιτος (Graduate) μετά από συλλογή 500 Εκπαιδευτικών Μορίων. Η συγκέντρωση των μορίων προέρχεται από την συμμετοχή στις προαναφερθείσες δραστηριότητες της ΕΣΟ ή από άλλες διεθνείς συμμετοχές (π.χ δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά ή περιλήψεις σε διεθνή συνέδρια). Η απόκτηση του πιστοποιητικού του ESCO συνοδεύεται από ευκαιρίες του υποψηφίου στα πλαίσια μελλοντικών δραστηριοτήτων της ΕΣΟ.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ε.-Κοντός Μ.- Κεραμόπουλλος Α.

Σχολιασμός: Ζυγογιάννη Α.-Μεταξάς Γ.- Μπαλτάς Δ.- Βερίγος Κ.

Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΝ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κουλουλίας Β.

Καθηγητής ΑΚΘ-Ογκολογίας ΕΚΠΑ, Πρόεδρος ΕΕΑΟ

Έχουν περάσει 125 χρόνια από τότε που ο W. C. Roentgen, ένας Γερμανός φυσικός, ανακάλυψε τις ακτίνες Χ στα τέλη του 1895. Η μεθοδολογία παραγωγής ακτίνων Χ εφαρμόστηκε στη θεραπεία του καρκίνου αμέσως μετά την ιστορική ανακάλυψη. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε ενέργεια χαμηλού kV, ακολουθούμενη από αρκετές δεκαετίες με τη χρήση μονάδων κοβαλτίου, και φτάνοντας σήμερα που η τεχνολογία ακτίνων Χ MV μέσω γραμμικών επιταχυντών χρησιμοποιείται συνήθως στην κλινική πράξη.

Η σύγχρονη προσέγγισή μας στην ακτινοθεραπεία και την έρευνα για τον καρκίνο του μαστού πέρασε τα ακόλουθα ορόσημα:

1882: Ο William Halsted πραγματοποίησε την πρώτη ριζική μαστεκτομή. Αυτή η χειρουργική επέμβαση θα παραμείνει η τυπική επέμβαση για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα.

1896: Μόλις τρεις ημέρες μετά την ανακοίνωση της ανακάλυψης των ακτίνων Χ, η εταιρεία E. H. Grubb, κατασκευαστής σωλήνων κενού, εφάρμοσε ακτινοβολίες Χ για πρώτη φορά στη θεραπεία του καρκίνου μετά από πρόταση του γιατρού Ludlam. Πραγματοποιήθηκε μία μόνο θεραπεία για περίπου μία ώρα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Δεκαετία του 1920: η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση από τον χειρουργό Geoffrey Keynes, δημιουργώντας ισοδύναμο ποσοστά επιβίωσης με τη ριζική μαστεκτομή του Halsted, που εισήχθη το 1882. Ο Κέινς συνέκρινε την τεχνική του με του Halsted, γράφοντας ότι «οι άσκοπες επεμβάσεις εξαλείφονται και για πολλές γυναίκες η σωτηρία του μαστού έχει τη μεγαλύτερη ψυχολογική σημασία.»

1937: Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται επιπλέον της χειρουργικής επέμβασης για την προστασία του μαστού αποτελώντας κλινική πρακτική. Μετά την αφαίρεση του όγκου, τοποθετούνται βελόνες με ράδιο στον μαστό και κοντά στους επικώριους λεμφαδένες.

Δεκαετία του 1950: πεδία ακτινοβολήσης χρησιμοποιώντας μονάδες Co60.

Τα τελευταία χρόνια η ακτινοθεραπεία έχει περάσει πολλά στάδια ξεκινώντας από τη συμβατική κλσματοποίηση των 2Gy/συνεδρία, πηγαίνοντας προς τον επιταχυνόμενο υποκερματισμό με τα 2.66Gy ανα συνεδρία (Canadian study) και φτάνοντας μέχρι τον υψηλό υποκερματισμό των 5,4-5,6Gy ανά συνεδρία (FAST-FORWARD). Σημαντικό επίσης να αναφερθεί η διεγχειρητική καθώς και η επιταχυνόμενη μερική ακτινοβολήση του μαστού (APBI) η οποία πλέον προσφέρει σημαντικό όφελος σε ειδική μερίδα ασθενών με χαμηλό ρίσκο. Συνάμα η ΑΚΘ με έλεγχο αναπνοής και η εστιασμένη δέσμη σε ασθενείς με αποκατάσταση μετά μαστεκτομή, έχουν ανοίξει περαιτέρω τον δρόμο για την μείωση των μετακτινικών παρενεργειών. Εν κατακλείδι, η αποκλιμάκωση που έχει επιφέρει η ακτινοθεραπεία είναι διττή: μικρότερες χειρουργικές επεμβάσεις και μικρότερος συνολικός χρόνος ακτινοθεραπείας. Η ασθενής τον 21ο αιώνα θα είναι σίγουρα κερδισμένη.

Η ιστορία είναι σαν ένας καθρέφτης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθοδηγήσει την αξιολόγηση του παρόντος και μπορεί να φωτίσει το μέλλον μέσω του στοχασμού του παρελθόντος.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Αθανάσιος Ι. Δημόπουλος

Διευθυντής Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Metropolitan Hospital, Venia Docendi Πανεπιστημίου Βιέννης

Η ακτινοθεραπεία ως επικουρική προσέγγιση όταν εφαρμόζεται μετά από επεμβάσεις ογκεκτομής επιτρέπει την διατήρηση του οργάνου για τις περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα της συνδυασμένης αυτής προσέγγισης εμφανίζουν ισάξια ποσοστά τοπικής και περιοχικής υποτροπής σε σύγκριση με την μαστεκτομή. Στον αντίποδα, η ακτινοθεραπεία μετά από επεμβάσεις μαστεκτομής για κάποιες γυναίκες, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης τοπικών και περιοχικών υποτροπών. Συνεπώς οι ενδείξεις για την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού μετά από χειρουργεία ογκεκτομής ή μαστεκτομής, καθορίζονται κυρίως από την διατήρηση ή την βελτίωση των ποσοστών τοπικού και περιοχικού ελέγχου αντίστοιχα. Ωστόσο οι επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας για την συνολική επιβίωση των γυναικών αυτών σπάνια αποτελεί επιχείρημα για την εφαρμογή της.

Σκοπός της παρουσίας αυτής είναι να αναδείξει το όφελος το οποίο επιφέρει η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας για την συνολική επιβίωση.

Τα αποτελέσματα για την συνολική επιβίωση που προκύπτουν από την αντιπαράθεση του συνδυασμού ογκεκτομή-ακτινοθεραπεία με αυτά του χειρουργείου μαστεκτομής, διαφοροποιούνται από μελέτη σε μελέτη. Πρέπει όμως να αναφερθεί ότι υπάρχει σημαντικός αριθμός μελετών που παραθέτει βελτίωση της επιβίωσης μετά από εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.

Νεότερες μελέτες για την επίπτωση της ακτινοθεραπείας στην συνολική επιβίωση εφαρμόζουν πολυπαραγοντικές αναλύσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την ηλικία και τον μοριακό υπότυπο. Τα αποτελέσματα και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολλές φορές αμφιλεγόμενα και δύσκολα να ερμηνευτούν.

Σημαντικά για την επιβίωση μετά από ακτινοθεραπεία είναι και τα δεδομένα τα οποία αφορούν τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις όπως καρδιοτοξικότητα και δευτερογενείς καρκίνοι. Τα παραπάνω παρόλο που επηρεάζουν την επιβίωση του μεμονωμένου ασθενή, φαίνεται να μην επηρεάζουν σημαντικά τα συνολικά αποτελέσματα για την επιβίωση. Προπάντων η εφαρμογή σύγχρονων σύμμορφων τεχνικών ακτινοθεραπείας με χρήση καινοτόμων εξελίξεων όπως ο έλεγχος της αναπνοής οδηγεί στην αποφυγή αυτών των επιπτώσεων για τις περισσότερες ασθενείς.

Συνοψίζοντας, οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας επιτρέπουν την διατήρηση του μαστού, εξασφαλίζουν την διατήρηση ή την βελτίωση του τοπικού ελέγχου, ενώ προστατεύουν τα υγιή όργανα και κυρίως την καρδιά. Παρόλο που σπανίως αναφέρεται, τα αποτελέσματα κλινικών μελετών δείχνουν

πως η ακτινοθεραπεία οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής επιβίωσης για κάποιες υποομάδες ασθενών με καρκίνο του μαστού.

ΕΝΣΩΜΑΤΟΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΣΤΟΧΕΥΟΥΣΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τριχάς Μιλτιάδης

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί στην εξατομικευμένη ιατρική για τον καρκίνο του μαστού, με μια σειρά στοχεύουσων μοριακών θεραπειών που είτε χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη είτε βρίσκονται σε όψιμα στάδια κλινικών μελετών. Είναι αναγκαίο οι νέες αυτές θεραπείες να ενσωματωθούν στις ήδη υπάρχουσες τοπικές θεραπείες -ιδίως στην ακτινοθεραπεία- τόσο σε θεραπευτικά πρωτόκολλα όσο και σε θεραπείες με παρηγορικό χαρακτήρα. Μολονότι ο συνδυασμός ακτινοβολίας και στοχευμένων θεραπειών διαφαίνεται ως πολλά υποσχόμενος, θα πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά παράμετροι όπως είναι η επιλογή ασθενών, η προβλεπόμενη συνολική δόση στόχου, η ημερήσια δόση όπως και οι πιθανές παρενέργειες συγχρόησης. Προς το παρόν, τα δεδομένα που παρέχουν οι προκλινικές και κλινικές μελέτες σκιαγραφούν συνεργατική και ασφαλή δράση της ακτινοθεραπείας με μικρό αριθμό εκ των στοχεύουσων θεραπειών, καθ' ότι υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα είτε λόγω ελλিপών στοιχείων για τις προαναφερθείσες παραμέτρους της ακτινοθεραπείας σε πιλοτικές δοκιμές νέων φαρμάκων είτε λόγω ελλিপών αναφορών όσον αφορά την ασφάλεια συνδυασμένων θεραπειών. Κλινικά συναφείς προκλινικές και κλινικές μελέτες θα συνέβαλαν σημαντικά στον αποτελεσματικό συνδυασμό ακτινοβολίας και στοχεύουσων θεραπειών. Η παρούσα ανασκόπηση ενσωματώνει προκλινικά και κλινικά δεδομένα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι στοχεύουσες θεραπείες καθώς και η ακτινοθεραπεία θα μπορούσαν να συνδυαστούν ώστε να βοηθήσουν τους ιατρούς στην καθημερινή κλινική πράξη και να βελτιώσουν την κλινική διαχείριση των ασθενών.

ΚΥΡΙΑΚΗ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2022

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7

HR ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Μισιτζής Ι.- Σαριδάκη Ζ., Αθανασιάδης Η.

Σχολιασμός: Καναλουπίτη Δ.-Σκάρλος Π.- Σταυρίδη Φ.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ: ΓΙΑ ΠΟΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΠΟΙΑ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Δεσσές Νικόλαος

Ογκολόγος, Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Άγιος Σάββας

Η ενδοκρινική θεραπεία συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της επικουρικής θεραπευτικής αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο μαστού των οποίων οι όγκοι εκφράζουν οιστρογονικούς ή/και προγεστερονικούς υποδοχείς. Η ενδεδειγμένη διάρκειά της είναι πενταετής, ωστόσο δεδομένα μελετών υποστηρίζουν την παράταση χορήγησής της κατά 2-5 έτη. Η εκδήλωση υποτροπής ή η εμφάνιση νέου πρωτοπαθούς όγκου στον μαστό μπορούν να παρουσιαστούν ακόμη και 15 έτη αφού έχει τεθεί η διάγνωση, με την πιθανότητα να αυξάνεται μετά τη διακοπή της ορμονοθεραπείας. Έτσι, καρκινώματα υψηλότερου σταδίου με εκτεταμένη λεμφαδενική διήθηση, χαμηλή έκφραση ορμονικών υποδοχέων, υψηλόβαθμη κακοήθεια και επιθετικά βιολογικά χαρακτηριστικά τείνουν να υποτροπιάσουν. Οι υποτροπές αυτές έχουν αποδοθεί σε καρκινικά κύτταρα τα οποία αιματογενώς μεταφέρθηκαν από παθολογικούς σε φυσιολογικούς ιστούς, παρέμειναν εκεί σε μία κατάσταση «χειμερίας νάρκης», επανενεργοποιήθηκαν εξαιτίας συγκεκριμένων σηματοδοτικών μονοπατιών και τελικά προκάλεσαν αναζωπύρωση της νόσου. Προηγούμενες αλλά και τρέχουσες μελέτες επιβεβαιώνουν την υπεροχή της παρατεταμένης χορήγησης ενδοκρινικής θεραπείας με όφελος στην ελεύθερη νόσου επιβίωση (DFS).

Ένδειξη για λήψη ενδοκρινικής θεραπείας για διάστημα μεγαλύτερο των 5 ετών έχουν οι εξής ομάδες:

- Ασθενείς με μη διηθημένους λεμφαδένες από τη νόσο, T2/T3 όγκους ή T1c όγκους με προγνωστικούς παράγοντες ενδεικτικούς υψηλότερου κινδύνου υποτροπής βάσει αποτελεσμάτων γονιδιακής ανάλυσης και Grade όγκου.
- Ασθενείς με διηθημένους λεμφαδένες, με καθορισμό της διάρκειας αγωγής σε συνάρτηση με τον αριθμό τους.

Θεραπεία εκλογής αποτελεί η χορήγηση αναστολέα αρωματάσης για 10 έτη, ή η χορήγηση ταμοξιφαίνης για 2-3 (ή 5) έτη και αλλαγή σε αναστολέα αρωματάσης για 7-8 (ή 5) έτη, ή η λήψη ταμοξιφαίνης για 10 συναπτά έτη σε περίπτωση κακής ανοχής σε αναστολέα αρωματάσης. Ο ιατρός οφείλει να παρακολουθεί τον ασθενή για την έγκαιρη διαπίστωση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών όπως πρόκληση οστικών και θρομβωτικών συμβαμάτων. Συμπερασματικά, η παρατεταμένη λήψη ορμονοθεραπείας έως και 10 έτη θα πρέπει να προκρίνεται σε ομάδες ασθενών με διακριτά παθολογοανατομικά και βιολογικά χαρακτηριστικά καρκινώματος, να είναι εξατομικευμένη και να στοχεύει στην επίτευξη ικανοποιητικής ποιότητας ζωής.

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΛΙΜΑΚΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ HIGH RISK HR+/HER2- ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Γιασσάς Συλιανός

Παθολόγος Ογκολόγος Δ/ντής Β' Ογκολογικής Κλινικής Γενική Κλινική ΙΑΣΩ

While formal criteria to define high risk are not present, we define high-risk patients as those in whom chemotherapy is indicated (eg, patients with the presence of pathologically involved lymph nodes, large tumor size, high risk of recurrence based on a genomic assay, or other high-risk features for which the patient received chemotherapy).

In addition, we also consider women at a younger age (ie, ≤ 35 years) to be at a higher risk of recurrence. The addition of ovarian function suppression (OFS)/ablation to either an aromatase inhibitor (AI) or tamoxifen for some premenopausal patients results in a clinically significant reduction in the risk of recurrence but does increase toxicity. As such, for those at the highest risk for recurrence, OFS with an AI (or OFS with tamoxifen, as an alternative), given that this subset of patients has the highest likelihood of experiencing benefit. This recommendation is based on the results of the Suppression of Ovarian Function Trial (SOFT) and the Tamoxifen and Exemestane Trial (TEXT).

Subgroup analyses from the TEXT and SOFT trials suggest that patients with a higher risk of relapse derive a benefit with ovarian function suppression (OFS) plus either AI or tamoxifen versus tamoxifen alone [1-3].

For premenopausal women with high-risk, hormone receptor-positive breast cancer, incorporation of ovarian function suppression (OFS) plus an aromatase inhibitor (AI) or tamoxifen, rather than tamoxifen alone. When using OFS, we suggest use of an AI rather than tamoxifen.

Patients with hormone receptor-positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-negative, node-positive breast cancer at high risk of recurrence, the addition of abemaciclib to adjuvant endocrine therapy is a reasonable option. However, recognizing that the follow-up remains short, the effect on OS is yet unknown, and there are clear side effects of treatment (notably, diarrhea), it is also acceptable to omit this therapy.

Patient selection – Guidelines from the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define high-risk as either [4]:

- ≥ 4 positive lymph nodes; or
- 1 to 3 positive lymph nodes with one or more of the following: Grade 3 disease, tumor size ≥ 5 cm, or a Ki-67 score of ≥ 20 percent, based on the monarchE trial [5].

However, abemaciclib is approved by the US Food and Drug Administration (FDA) as adjuvant therapy in a smaller subset, specifically women with high-risk, node-positive, ER-positive, HER2-negative breast cancer with Ki-67 ≥ 20 percent, as determined by an FDA approved test [6]. The NCCN definition does not require all patients to have a Ki-67 ≥ 20 percent, if other high-risk features are present [4]. We feel this is a preferable approach given substantial inter-observer/laboratory variability in Ki-67 values in the range of >5 to <30 percent [7]. It has also been noted that while those with Ki-67 ≥ 20 percent experience a greater absolute benefit with abemaciclib, the benefits in those with Ki-67 <20 percent are still clinically meaningful [8].

We acknowledge, however, that with fewer than five percent of overall survival outcomes having been collected, the effect on survival remains unclear, particularly among those who do not fall into the FDA approved subset [9].

- Duration – For patients taking adjuvant abemaciclib therapy, the duration is for two years, typically concurrently with the start of endocrine treatment.
- Supporting data – In the monarchE trial, over 5600 patients (just over one-half of whom were postmenopausal women) with hormone receptor-positive, HER2-negative, high-risk early breast cancer who had completed surgery were randomly assigned to abemaciclib plus endocrine therapy or endocrine therapy alone [5]. Patients may have received up to 12 weeks of endocrine therapy and must have been randomly assigned within 16 months of definitive breast cancer surgery. High risk was defined as having ≥ 4 positive nodes; or one to three positive nodes and at least one of the following: tumor size ≥ 5 cm, histologic grade 3, or central Ki-67 ≥ 20 percent. Patients in the abemaciclib/endocrine therapy group had improvement in invasive disease-free survival (IDFS) relative to the

endocrine therapy alone group (three-year IDFS rates of 89 versus 83 percent, respectively; HR 0.70, 95% CI 0.59-0.82). Distant recurrence-free survival rates at three years were 90 versus 86 percent (HR 0.69, 95% CI 0.57-0.83), respectively [10]. While improvements with the addition of abemaciclib did not reach statistical significance among postmenopausal women, they were statistically significant in the premenopausal subset.

The absolute IDFS benefit in the Ki-67 ≥ 20 percent group was 7.1 percent, versus 4.5 percent in the Ki-67 < 20 percent group. The FDA approval is only in tumors that are Ki-67 ≥ 20 percent [11].

The most frequent AEs were diarrhea, neutropenia, and fatigue in the abemaciclib arm and arthralgia, hot flush, and fatigue in the control arm. A higher incidence of grade ≥ 3 AEs was observed with versus without abemaciclib (50 versus 16 percent, respectively).

By contrast, in PALLAS, the addition of two years of palbociclib to adjuvant endocrine therapy in patients with stage II or III hormone receptor-positive/HER2-negative breast cancer failed to improve IDFS, and the trial was closed early for futility [11,12]. Possible reasons for the difference in outcomes between PALLAS and monarchE include different agents used, different patient eligibility criteria, as well as a high number of patients in PALLAS who did not complete assigned treatment. In the PENELOPE-B trial, the addition of one year of palbociclib to adjuvant endocrine therapy did not improve IDFS among those with hormone receptor-positive/HER2-negative breast cancer with residual disease after neoadjuvant chemotherapy [13].

A randomized, double-blind trial (OlympiA) was conducted in 1836 patients with high-risk, HER2-negative early breast cancer with BRCA1 or BRCA2 variants and high-risk clinicopathologic factors who had received local treatment and neoadjuvant or adjuvant chemotherapy [15].

High risk features, according to the OlympiA eligibility criteria, all patients supposed meet. Additionally, patients had to complete all local therapy between two and 12 weeks of trial entry. All patients completed at least six cycles of chemotherapy. Adjuvant bisphosphonates and endocrine therapy in patients with hormone receptor-positive disease were permitted, according to institutional guidelines. Adjuvant chemotherapy was not allowed in patients who received neoadjuvant chemotherapy.

In this trial, patients assigned to the olaparib group had an improvement in three-year DFS relative to the placebo group (86 versus 77 percent; difference, 8.8 percentage points; 95% CI 4.5-13.0). Distant DFS at three years was 88 percent in the olaparib group and 80 percent in the placebo group (difference, 7.1 percentage points; 95% CI 3.0-11.1). Fewer deaths were reported in the olaparib group (59 of 921 patients) than in the placebo group (86 of 915 patients), although the difference was not statistically significant with a median follow-up of 2.5 years (HR 0.68, 99% CI 0.44-1.05).

The benefit of adjuvant olaparib relative to placebo was observed for invasive DFS irrespective of the germline BRCA mutation (BRCA1 versus BRCA2) hormone receptor status, carboplatin administration, or whether chemotherapy was administered in the neoadjuvant versus adjuvant setting.

Grade ≥ 3 events occurring in > 1 percent of the patients in the olaparib group were anemia (8.7 percent), decreased neutrophil count (4.8 percent), decreased white-cell count (3.0 percent), fatigue (1.8 percent), and lymphopenia (1.2 percent).

These data justify genetic testing for all patients meeting the OlympiA eligibility criteria, and have prompted discussion about more universal genetic testing; however, this approach is not standard, and we anticipate that practice will continue to evolve.

There are no data on outcomes with cyclin-dependent kinase (CDK) 4/6 inhibitors in women with breast cancer susceptibility gene 1/2 (BRCA1/2) mutations, and for BRCA carriers with high risk disease, adjuvant olaparib is the preferred approach in addition to endocrine therapy.

References

1. Francis PA, Regan MM, Fleming GF, et al. Adjuvant ovarian suppression in premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 2015; 372:436
2. Francis PA, Pagani O, Fleming GF, et al. Tailoring Adjuvant Endocrine Therapy for Premenopausal Breast Cancer. *N Engl J Med* 2018; 379:122.
3. Pagani O, Francis PA, Fleming GF, et al. Absolute Improvements in Freedom From Distant Recurrence to Tailor Adjuvant Endocrine Therapies for Premenopausal Women: Results From TEXT and SOFT. *J Clin Oncol* 2020; 38:1293.
4. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer. National Comprehensive Cancer Network. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (Accessed on July 20, 2022).
5. Johnston SRD, Harbeck N, Hegg R, et al. Abemaciclib Combined With Endocrine Therapy for the Adjuvant Treatment of HR+, HER2-, Node-Positive, High-Risk, Early Breast Cancer (monarchE). *J Clin Oncol* 2020; 38:3987.
6. Abemaciclib tablets. United States Prescribing Information. US National Library of Medicine. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2021/208716s006s007s008lbl.pdf (Accessed on October 15, 2021).
7. Nielsen TO, Leung SCY, Rimm DL, et al. Assessment of Ki67 in Breast Cancer: Updated Recommendations From the International Ki67 in Breast Cancer Working Group. *J Natl Cancer Inst* 2021; 113:808.
8. Dowsett M, Nielsen TO, Rimm DL, et al. Ki67 as a Companion Diagnostic: Good or Bad News? *J Clin Oncol* 2022; 40:3796.
9. Harbeck N, Rastogi P, Shahir A, et al. Letter to the Editor for 'Adjuvant abemaciclib combined with endocrine therapy for high-risk early breast cancer: updated efficacy and Ki-67 analysis from the monarchE study'. *Ann Oncol* 2022; 33:227.
10. Harbeck N, Rastogi P, Martin M, et al. Adjuvant abemaciclib combined with endocrine therapy for high-risk early breast cancer: updated efficacy and Ki-67 analysis from the monarchE study. *Ann Oncol* 2021; 32:1571.
11. Mayer EL, Dueck AC, Martin M, et al. Palbociclib with adjuvant endocrine therapy in early breast cancer (PALLAS): interim analysis of a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2021; 22:212.
12. Gnant M, Dueck AC, Frantal S, et al. Adjuvant Palbociclib for Early Breast Cancer: The PALLAS Trial Results (ABCSG-42/AFT-05/BIG-14-03). *J Clin Oncol* 2022; 40:282.
13. Loibl S, Marmé F, Martin M, et al. Palbociclib for Residual High-Risk Invasive HR-Positive and HER2-Negative Early Breast Cancer-The Penelope-B Trial. *J Clin Oncol* 2021; 39:1518.
14. Tutt ANJ, Garber JE, Kaufman B, et al. Adjuvant Olaparib for Patients with BRCA1- or BRCA2-Mutated Breast Cancer. *N Engl J Med* 2021; 384:2394.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΗΡ ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ**Ελένη Σ. Ρεζ****Παθολόγος – Ογκολόγος, Διευθύντρια Β' Ογκολογική Κλινική Γ.Ο.Ν.Κ - "Οι Άγιοι Ανάργυροι"**

2018

Γυναίκα, 70 ετών σήμερα, σε ηλικία των 66 ετών εισήχθη σε νοσοκομείο της Αθήνας μετά από παθολογική μαστογραφία προς διερεύνηση - αντιμετώπιση

6ος 2018

Στα πλαίσια του ετήσιου ελέγχου μαστογραφίας διαπιστώνονται τα εξής :

- Αριστερός μαστός: διηθητική εξεργασία, διαμέτρου 2 cm, οπισθοθηλαίως περί τη μέση γραμμή, σε απόσταση 5 cm από τη θηλή.
- Δεξιός μαστός: διηθητική εξεργασία, εις το άνω-έξω τεταρτημόριο, περί την ουρά του μαστού, μεγίστης διαμέτρου 5 cm. Εις το εν λόγω τεταρτημόριο και σε απόσταση 4 cm από την πρώτη, ανιχνεύεται και δεύτερη διηθητική εξεργασία, διαμέτρου 2 cm.

Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) δεξιού μαστού θετικό για κακοήθεια: εικόνα αδenoκαρκινώματος μαστού

C/T θώρακος

- Εντός του δεξιού μαζικού αδένος στο άνω και έξω τεταρτημόριο απεικονίζεται ευμεγέθους συμπαγής πυκνότητας μαλακών μορίων αλλοίωση με ακτινωτά όρια διαστάσεων 4 εκ. περίπου, η αλλοίωση βρίσκεται πλησίον της μασχαλιαίας κοιλότητας.
- Κάτωθεν αυτής απεικονίζεται και δεύτερη όμοια εστία διαστάσεων 2 εκ. περίπου.
- Στον αριστερό μαστό ελέγχεται συμπαγής αλλοίωση με ακτινωτές προσεκβολές μεγίστης διαμέτρου 2 εκ.

- Δύο ωοειδείς λεμφαδένες 1 εκ, ο ένας και ο δεύτερος 2 εκ. περίπου απεικονίζονται στην δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα

- Υπόλοιπα κφ

- Πολλαπλές εκφυλιστικές αλλοιώσεις απεικονιζόμενων οστικών δομών.

C/T άνω κάτω κοιλίας :

- Μετεγχειρητική εικόνα χολοκυστεκτομής

- Πολλαπλές εκφυλιστικές αλλοιώσεις απεικονιζόμενων οστικών δομών

- Πολλαπλά artifacts λόγω παρουσίας αρθροπλαστικών κατ' ισχίων αρθρώσεις άμφω

- Εκφύλιση και φαινόμενο κενού ιερολαγονίων αρθρώσεων άμφω.

Σπινθηρογράφημα οστών

- Εστιακά αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφάρμακου στο αριστερό πλάγιο του Θ11 σπονδύλου, εύρημα που αν και συμβατό με φλεγμονώδη-εκφυλιστική αλλοίωση χρήζει εντοπισμένου ακτινολογικού ελέγχου και κλινικού συσχετισμού

- Πολλαπλές αλλοιώσεις σε ΘΜΣΣ, κατ' ώμον και κατά γόνυ αρθρώσεις.

- Αιματολογικός και Βιοχημικός Έλεγχος κφ

- Ca 15-3 : κφ

- Κλάσμα εξωθήσεως 80%

MRI ΘΜΣΣ

- Εστία στο Θ8 σπόνδυλο, χωρίς ειδικούς χαρακτήρες

- Άλλη εστία στο σώμα Θ10 σπόνδυλο, οι χαρακτήρες της οποίας εγείρουν την υπόνοια της 2θούς οστικής εντόπισης

- Παρόμοια εστία Ο1 και Ι1 σπόνδυλο

ΑΑ:

- Εμμηναρχή: στα 15 έτη

- Εμμηνόπαυση: στα 52 έτη

- 2 τοκετοί (καισαρικές)

- χωρίς ιστορικό κακοθηθείας στο οικογενειακό δένδρο

- Κάπνισμα: όχι

- Αλκοόλ: όχι

- άλλα φάρμακα: όχι

- Σκέψεις:.....

- Προτάσεις

- Μετεμμηνοπαυσιακή ασθένει

- Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστών

- Χωρίς σπλαχνική νόσο

- ΜΟΝΟ οστικές εντοπίσεις

- Ασυμπτωματική

- Οδηγείται στο χειρουργείο όπου και υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή

Παρασκευάσμα αριστερής TPM και λεμφαδενικός καθαρισμός ανέδειξε

- διηθητικό βλεννώδες καρκίνωμα

- T :2 cm, (T1)

- μέσου βαθμού διαφοροποίησης (grade 2)

- 0 +/-20 λεμφαδένες

- ER(+), PgR(+), Ki 67 <30%,

- p53 (+/- <10%),

- CerbB2(-)

Δεξιός μαστός

- Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα, μη περαιτέρω ταυτοποίησης (NOS)
- T 5 cm, T2
- Μέσου βαθμού κακοηθείας grade 2
- ER(+ <30%), PgR(+++),
- Ki-67(<50%), p53(-)
- CerbB2 (1+)

- 21+/24 λεμφαδένες

- Απόφαση για έναρξη θεραπείας

- Ασυμπτωματική

Από 9/2018 έως και 10/2020 έναρξη θεραπείας με

- Ορμονικός χειρισμός, Λετροζόλη 2,5 mg ημερησίως
- Θεραπεία με CD 4-6 κάθε 21 μέρες
- Διφωσφονικά, κάθε 21 μέρες

2 χρόνια περίπου

- Αξονική θώρακος – άνω κάτω κοιλίας

(4 μήνες μετά): αρνητικές

- MRI ΘΜΣΣ : σταθερή οστική εντόπιση

- Το ίδιο και σε επαναλαμβανόμενες απεικονίσεις

- 11/2020:

έναρξη σχετικά ήπιων οστικών αλγών κυρίως στις αρθρώσεις των γονάτων και των ώμων

- 11/2020:

σπινθηρογράφημα οστών ανέδειξε πολλαπλές εντοπίσεις στους θ4,θ9,θ11, Ο1 και Ο5, ιερό οστό, δεξιό ισχιακό, μηριαίο, τροχαντήρες και κατ' ώμων αρθρώσεις

- Επιδείνωση συγκριτικά με 7/2018

MRI ΘΜΣΣ-ΟΜΣΣ

- Σκέψεις

- Προτάσεις

- Συμπτωματική

- Χωρίς σπλαχνική νόσο

- ΜΟΝΟ οστικές εντοπίσεις

ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Μετεμνηνοπαυσιακή

- Θετικοί ορμονικοί υποδοχείς

- Υποτροπή / επιδείνωση νόσου

Biopsy

- New biopsy ????

- Επανελέγχος ιστολογικής βιοψίας

Επανελέγχος ιστολογικής βιοψίας

- PIK3CA : +

Αλλαγή του CD 4-6 και ορμονικού χειρισμού

- Alpelisib 300mg ημερησίως per os
- Φουλβεστράνη 500 mg, im κάθε 28 μέρες
- Συνέχιση διφωσφονικών κάθε 2 μήνες

- RT

Από 12/2020 έως και σήμερα

Επανεκτίμηση νόσου κάθε 3-4 μήνες με

- αξονικές θώρακος-άνω κάτω κοιλίας: χωρίς εντόπιση δευτεροπαθούς εστίας

- Σπινθηρογράφημα οστών: σταθερή η οστική νόσος

Συνολικός χρόνος θεραπείας 24 μήνες

24 μήνες μετά

- η ασθενής παραμένει σε καλή γενική κατάσταση και εμφανίζει βελτίωση οστικών αλγών.

- Πλέον ασυμπτωματική.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8

ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Χριστοδούλου Χ.-Θάνος Α.-Λιάππης Τ.

Σχολιασμός: Ζιώγας Δ.-Γιασσάς Σ.-Σφήκα Α.

**ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.
ΠΟΙΑ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Μοιρογώργου Ευαγγελία

Παθολόγος Ογκολόγος Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία

Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού είναι ένα νεόπλασμα με επιθετική συμπεριφορά με την χειρότερη ολική επιβίωση σε σχέση με τους άλλους 2 τύπους καρκίνου του μαστού και για το οποίο για πολλά χρόνια δεν είχαμε καμία στοχευμένη θεραπεία. Επομένως, η χημειοθεραπεία ήταν η μόνη θεραπευτική μας επιλογή.

Όσον αφορά τον πρώιμο τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού, η προεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι μια καθιερωμένη τακτική με σκοπό τόσο να επιτρέψει περισσότερο συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις, όσο και να εκριζώσει νωρίς μικρομεταστατική νόσο.

Η πιο πρόσφατη μεγάλη αλλαγή όσον αφορά την προεγχειρητική θεραπεία είναι η προσθήκη της ανοσοθεραπείας. Στην μελέτη KN522 ασθενείς με νεοδιαγεγνωσθέν τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν προεγχειρητική χημειοθεραπεία με 4 κύκλους carboplatin-paclitaxel ακολουθούμενους από 4 κύκλους ανθρακυκλίνης -Endoxan με ή χωρίς την προσθήκη pembrolizumab. Το σκέλος που ελάμβανε pembrolizumab προεγχειρητικά, το συνέχιζε και μετεγχειρητικά για άλλους 9 κύκλους. Η μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντικό όφελος στο pCR (αύξηση κατά 13.6%), καθώς και στο EFS (απόλυτη αύξηση στο 3 ετές EFS κατά 7.7%). Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι το όφελος ήταν ανεξάρτητο της έκφρασης του PDL1. Όσον αφορά την ολική επιβίωση υπάρχει μία τάση για όφελος με την προσθήκη της ανοσοθεραπείας, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ακόμη ώριμα. Σαν exploratory end point εξετάστηκε το EFS με βάση το pCR και παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο όφελος το είχαν οι ασθενείς που δεν έκαναν pCR. Για αυτούς τους ασθενείς υπάρχουν ερωτηματικά για το κατά πόσο θα μπορούσε να βοηθήσει η προσθήκη capecitabine με βάση τα αποτελέσματα της Create-X ή η προσθήκη olaparib για ασθενείς με γαμετικές μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1&2, με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης OlympiA. Παρά όμως τα όποια ερωτηματικά, η προσθήκη της ανοσοθεραπείας στην προεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι μία νέα και σημαντική θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς με πρώιμο τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού.

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΤΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΤΡΙΠΛΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**Κοττέας Ηλίας***Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ**Ογκολογική Μονάδα, Γ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο "Η Σωτηρία"*

Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού (TNBC) είναι μια ετερογενής νόσος που είναι ιστορικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί, αλλά η πρόοδος στις μοριακές στοχεύουσες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αντισωμάτων, αλλάζει το πρότυπο περίθαλψης. Η μεταφραστική έρευνα με την πάροδο των ετών έχει αποκαλύψει διάφορους ενεργούς στόχους που επιτρέπουν την υποτυποποίηση του TNBC με νέους τρόπους. Με την παρουσίαση αυτή, εξετάζουμε τους μοριακούς στόχους που καθοδηγούν την τρέχουσα διαχείριση ασθενών με μεταστατικό TNBC (mTNBC), συμπεριλαμβανομένων του προγραμματισμένου συνδέτη θανάτου 1, των μεταλλάξεων βλαστικής σειράς BRCA1 και BRCA2 και της διαμεμβρανικής γλυκοπρωτεΐνης Tror-2, παραθέτοντας επίσης τον θεραπευτικό αλγόριθμο. Αυτοί οι στόχοι επιτρέπουν τη θεραπεία του mTNBC με ανοσοθεραπεία, αναστολείς πολυ (ADP-ριβόζης) πολυμεράσης και συζυγή αντισώματος-φαρμάκου (ADC), όπως η sacituzumab govitecan, το πρώτο ADC που εγκρίθηκε για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Θα παρουσιαστούν επίσης οι επερχόμενες θεραπείες, όπως το datopotamab deruxtecan και το trastuzumab deruxtecan. Παρόλο που ο μεταστατικός τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού έχει σημαντική ετερογένεια, οι μοριακές μελέτες καθιστούν τις θεραπείες πιο εξατομικευμένες, εντοπίζοντας στόχους που μπορούν να δράσουν νέα φάρμακα, με αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από αυτήν την κακοήθεια.

ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ**Κροκίδης Μιλτιάδης***Επικ. Καθηγητής Επεμβατικής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ*

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί έναν από έναν από τους πιο κοινούς όγκους στο γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως. Η μεταστατική εμφάνιση είναι δυστυχώς συχνή και απαιτείται πολλές φορές παρέμβαση σε άλλα όργανα όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες ή ο σκελετός. Η επεμβατική ακτινολογία προσφέρει λύσεις οι οποίες είναι ελάχιστα επεμβατικές και εξασφαλίζουν τόσο τη διάγνωση όσο και την τοπικο-περιοχική αντιμετώπιση μεταστατικών βλαβών του καρκίνου του μαστού με σκοπό την διατήρηση του λειτουργικού τμήματος του λοιπού παρεγχύματος αλλά και την παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο για μικρό διάστημα. Επεμβατικές μέθοδοι όπως η διαδερμική βιοψία προσφέρουν ιστολογική ή ταυτοποίηση με σκοπό τη λήψη εστιασμένης θεραπείας ακόμη και σε όγκους που έχουν μεταλλαχθεί. Διαδερμικές απεικονιστικά καθοδηγούμενες θεραπείες μπορούν να περιορίσουν σημαντικά την πρόοδο της νόσου αλλά και να προσφέρουν παρηγορητική ανακούφιση αυξάνοντας το προσδόκιμο αλλά και την ποιότητα στο ζωής των ασθενών μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**Ζύλης Δημοσθένης***Παθολόγος-Ογκολόγος, Συνεργάτης Νοσοκομείο Υγεία***Εισαγωγή**

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή κακοήθεια στις γυναίκες και οι διάφοροι υπότυποι του καρκίνου του μαστού παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια. Ο τριπλά αρνητικός καρκίνος του μαστού (TNBC) είναι ένας τύπος καρκίνου του μαστού που δεν εκφράζει τον υποδοχέα οιστρογόνων (ER), τον υποδοχέα προγεστερόνης (PR), τον υποδοχέα 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER2) και αντιπροσωπεύει περίπου το 10-24% όλων των καρκίνων του μαστού. Σε σύγκριση με άλλους υποτύπους, χαρακτηρίζεται από υψηλή επιθετικότητα, υψηλά ποσοστά υποτροπής, υψηλό μεταστατικό δυναμικό και

κακή πρόγνωση.

Το μέγεθος του όγκου και η λεμφαδενική νόσος είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες στην TNBC, διότι το μέγεθος του όγκου δεν αντανakλά στη λεμφαδενική συμμετοχή, με ορισμένες ασθενείς να έχουν μικρούς όγκους και λεμφαδενική νόσο ενώ άλλες να έχουν μεγάλους όγκους χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή. Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία αποτελεί θεραπευτική στρατηγική για τον TNBC και βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση των ασθενών.

Η πλήρης παθολογοανατομική ανταπόκριση (pCR) με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία επιτυγχάνεται έως και στο 40% των ασθενών με TNBC αρχικού σταδίου και σχετίζεται με καλύτερη έκβαση. Οι ασθενείς με TNBC έχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο θανάτου εντός της 5ετίας μετά τη διάγνωση σε σύγκριση με άλλους τύπους καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλότερος εντός των πρώτων 3 ετών και η απομακρυσμένη υποτροπή δε συνοδεύεται απαραίτητα με τοπική επανεμφάνιση της νόσου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη για νέες θεραπείες σε TNBC αρχικού σταδίου που θα βελτιώνουν την έκβαση των ασθενών. Η ανοσοθεραπεία αποτελεί μια νέα προσέγγιση για τον πρώιμο TNBC.

Περιστατικό αναφοράς

Η ασθενής Γ.Κ.47 ετών το Μάρτιο 2022 εντόπισε ψηλαφητή εξεργασία μ.δ=2-3εκ (T2) στην 3η ώρα του αριστερού (AP) μαστού. Ακολούθησε μαστολογικός έλεγχος-ψηλάφηση από χειρουργό μαστού, διενέργεια μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος AP μαστού, όπου περιγράφεται ψηλαφητή εξεργασία ως βλάβη λίαν ύποπτη για κακοήθεια (BI-RADS IVb). Η σύστοιχη μασχάλη κλινικά ήταν αρνητική (N0). Στις 18/5/2022 διενεργήθη Core biopsy όπου ανέδειξε πορογενές διηθητικό καρκίνωμα μαστού, χαμηλής διαφοροποίησης, Grade 3, ER(-), PR(-), HER2(2+), CISH test (-) & Ki-67=30%.

Ακολούθησε πλήρης σταδιοποίηση της νόσου με σπινθηρογράφημα οστών, το οποίο ήταν αρνητικό για δευτεροπαθείς οστικές εντοπίσεις και αξονικές τομογραφίες θώρακος & άνω-κάτω κοιλίας όπου απεικονίσθηκε η εξεργασία του AP μαστού με ΜΔ: 17 χιλ. Στην AP μασχαλιαία κοιλότητα περιεγράφησαν λεμφαδένες με βραχείες διαμέτρους έως 8.6 χιλ. Στην Αξονική Τομογραφία κοιλίας αναφέρεται μικρή υπόπυκνη αλλοίωση του τμήματος VII του ήπατος μ.δ: 10 χιλ, μη ειδικών χαρακτήρων. Επίσης διενεργήθη Μαγνητική τομογραφία Εγκεφάλου άνευ παθολογικών ευρημάτων (M0). Οι καρκινικοί δείκτες CEA και CA15-3 βρίσκονται εντός φυσιολογικών ορίων. Ο έλεγχος του θυρεοειδή και ο έλεγχος για HBV-HCV ήταν αρνητικός και ο γονιδιακός έλεγχος κληρονομικού συνδρόμου HBOC δεν ανέδειξε γαμετική οδηγό μετάλλαξη. Έγινε καρδιολογική εκτίμηση, LVEF=60%. Εκ του ατομικού αναμνηστικού προκύπτει ετερόζυγος β' Μεσογειακή αναιμία, εμφύτευμα οδόντος, δυο φυσιολογικοί τοκετοί. Καπνίστρια 28PY και κατανάλωση αλκοόλ κοινωνικά. Οικογενειακό αναμνηστικό με νόσηση από μελάνωμα θείος από την οικογένεια του πατέρα και αντίστοιχα από την οικογένεια της μητέρας θείος με Ca ΚΝΣ.

Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα το κλινικό στάδιο της νόσου κρίνεται IIA (T2N0M0) και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (KEYNOTE-522 ClinicalTrials.gov number, NCT03036488), η ασθενής έλαβε 17/06/2022 - 25/08/2022 νέο-επικουρική (neoadjuvant) χημειοθεραπεία, με βάση το σχήμα Carboplatin AUC5-Paclitaxel 80mg/m2 (εβδομαδιαία) & Pembrolizumab 200mg Q21d για 4 κύκλους με καλή ανοχή στην θεραπεία σημειώνοντας μόνο Grade I ουδετεροπενία η οποία αντιμετωπίστηκε με GCSF. Πριν την έναρξη του επόμενου σχήματος έγινε νέα μαστολογική εκτίμηση και διαπιστώθηκε κλινική ανταπόκριση με μείωση του όγκου από 2.3 εκ. σε 1.3εκ. Εν συνεχεία 02/09/2022 - 04/11/2022 έλαβε Doxorubicin 60mg/m2-Cyclophosphamide 600mg/m2Q14d & Pembrolizumab 200mg για 4 ακόμη κύκλους q21d. Η ασθενής ανέφερε σημαντική καταβολή δυνάμεων, καταρροή, ξηρό βήχα, οστικό άλγος και εμπύρετο έως 37.8. Σημειολογία που εκτιμήθηκε ως τοξικότητα από τη θεραπεία. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας οι τιμές των θυρεοειδικών ορμονών παρέμειναν εντός φυσιολογικών ορίων. Η νέα σταδιοποίηση δεν ανέδειξε εξέλιξη της νόσου ή απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η MRI μαστών (Νοέμβριος 2022) αναφέρει

πως δεν απεικονίζεται η διηθητικού τύπου βλάβη του αριστερού μαστού.

Η ασθενής σύμφωνα με το αρχικό θεραπευτικό πλάνο θα οδηγηθεί στο χειρουργείο εντός 3 έως 6 εβδομάδων μετά τον τελευταίο κύκλο της νεοεπικουρικής φάσης. Εν συνέχεια έχοντας τη νέα ιστολογική θα εκτιμηθεί για την επαναχορήγηση Pembrolizumab Q3w για έως και εννέα κύκλους.

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η εισαγωγή της ανοσοθεραπείας στη θεραπεία του πρώιμου TNBC σηματοδοτεί μια επανάσταση. Η μελέτη KEYNOTE-522 έδειξε ότι, μέσω των ICIs, οι ανοσολογικές απαντήσεις κατά του όγκου μπορούν να προσφέρουν μακροπρόθεσμα οφέλη για τη θεραπεία αυτού του επιθετικού υποτύπου του καρκίνου μαστού. Ωστόσο, αυτή η διαπίστωση αντιπροσωπεύει ένα σημείο εκκίνησης και όχι μια γραμμή τερματισμού και θα απαιτηθούν πρόσθετες προσπάθειες για την ακριβή εφαρμογή της ανοσοθεραπείας για τη θεραπεία του TNBC. Αρχικά, χρειάζονται βιοδείκτες για τη βέλτιστη διαλογή των ασθενών που χρειάζονται την προσθήκη ICIs στη χημειοθεραπεία. Θα πρέπει να διερευνηθούν στρατηγικές για τη δυναμική προσαρμογή της θεραπείας με στόχο την επίτευξη pCR και ίσως την επέκταση της νεοεπικουρικής θεραπείας με χρήση ICIs και σε άλλους πληθυσμούς ασθενών που δυνητικά επωφελούνται από αυτή τη προσέγγιση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9

HER2 ΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Προεδρείο: Ρηγάκος Γ.-Κούτρας Α. –Κυπραίου Ε.

Σχολιασμός: Μπαλαφούτα Μ. -Πούλου Α.- Καραγεωργοπούλου Σ.

ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΘΡΑΚΥΚΛΙΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΙΜΟΥ HER2+ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παπανικολάου Σπύρος

Ογκολόγος Παθολόγος Διευθυντής Ιατρικού Παλαιού Φαλήρου

Οι ανθρακυκλίνες μπήκαν στην θεραπευτική φαρέτρα του καρκίνου του μαστού στην δεκαετία του 90 ' πρώτα αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητά τους στον μεταστατικό καρκίνο του Μαστού και ακολούθως στην επικουρική και στη νεοεπικουρική γραμμή .

Πολλές μελέτες ανέδειξαν το όφελος τους στην προληπτική χορήγηση τους στις ασθενείς με καρκίνο μαστού . Ιδίως στις ασθενείς με her 2 θετική νόσο η προσθήκη χορήγησης ανθρακυκλινών στις πρώιμες μελέτες ανακάλυψης του her2 υποδοχέα .

Ένα μεγάλο ερωτηματικό εγείρεται από την τοξικότητα των ανθρακυκλινών οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν καρδιακή ανεπάρκεια , μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και λευχαιμία . Δυστηχώς λόγω της αλληλουχίας ανακάλυψης των χημειοθεραπευτικών , με τη μεταγενέστερη προσθήκη των τάξανων στην επικουρική θεραπεία δεν έχουν υπάρξει αξιόπιστες και μεγάλες μελέτες που να συγκρίνουν την έκβαση των θεραπειών χωρίς την ανθρακυκλίνη .

Με την προσθήκη των μοριακά στοχευμένων θεραπειών έναντι του her 2 υποδοχέα η έκβαση της νόσου βελτιώνεται από τις αρχές του 2000 με τη πρώτη προσθήκη της τραστουζουμαμπης .

Η ανησυχία των μόνιμων βλαβών από τις ανθρακυκλίνες οδήγησε την Ογκολογική κοινότητα στην δοκιμασία των νεότερων μοριακά στοχευμένων θεραπειών χωρίς την προσθήκη ανθρακυκλινής με τη νεότερη μελέτη να δείχνει ότι η προσθήκη της σε ασθενείς με αρχικό στάδιο , στάδιο 1 her2 θετικό δεν είναι απαραίτητη .

Στο μέλλον και με τις νεότερες μοριακές θεραπείες ίσως δεν θα χρειαζόμαστε την προσθήκη της εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων στην προληπτική θεραπεία του καρκίνου του μαστού .

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μαραγκουδάκης Εμμανουήλ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Εισαγωγή: Ο μεταστατικός HER2+ καρκίνος του μαστού με εγκεφαλικές μεταστάσεις αποτελεί ένα εξελισσόμενο πεδίο καθώς οι νέες συστηματικές θεραπείες και οι εξελιγμένες τεχνικές της στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης αυτών των ασθενών.

Σκοπός: Η αναδρομική μελέτη κλινικού περιστατικού με de novo μεταστατικό HER2+ καρκίνο μαστού.

Μέθοδοι-Υλικό: Ασθενής 45 ετών, προ-εμμηνοπαυσιακή, διαγνώστηκε από de novo μεταστατικό καρκίνο μαστού με εγκεφαλικές μεταστάσεις τον Μάιο του 2020. Βιοψία από το μαστό ανέδειξε αδενοκαρκίνο μαστού Grade 3, ER:0%, PR:0%, Ki-67: 70%, HER2: Score 3+. Η αρχική σταδιοποίηση κατέδειξε την παρουσία 4 εγκεφαλικών μεταστάσεων (μαγνητική εγκεφάλου) και λεμφαδενοπάθεια με υπερμεταβολισμό στο FDG-PET στον τράχηλο, στις μασχαλιαίες κοιλότητες και στην άνω και κάτω κοιλία.

Αποτελέσματα: Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολοεγκεφαλική ακτινοθεραπεία με συνολική δόση 30Gy και ημερήσια δόση 3Gy. Στη συνέχεια έλαβε πρώτης γραμμής συστηματική θεραπεία με Paclitaxel-Perjeta-Herceptin. Τον 11/2020 διαπιστώθηκε πλήρης ανταπόκριση στο μαστό και μερική ανταπόκριση στις εγκεφαλικές εντοπίσεις. Ως εκ τούτου η ασθενής συνέχισε θεραπεία συντήρησης με Perjeta/herceptin και ταυτόχρονη αγωγή με capecitabine. Τον 4/2021 διαπιστώθηκε μικρή επιδείνωση νόσου στον εγκέφαλο (ολιγο-υποτροπιάζουσα νόσος-3 νέες χιλιοστομετρικές εστίες, πλήρης ύφεση προηγούμενων) η οποία αντιμετωπίστηκε με στερεοτακτική ακτινοθεραπεία στις εν λόγω βλάβες (ΣΔΟ: 35Gy, ΗΔΟ:7Gy). Τον 10/2021 διαπιστώθηκε νέα υποτροπή στον εγκέφαλο (ολιγο-υποτροπιάζουσα νόσος -2 νέες χιλιοστομετρικές εστίες, πλήρης ύφεση προηγούμενων) η οποία αντιμετωπίστηκε εκ νέου με στερεοτακτική ακτινοθεραπεία στις εν λόγω βλάβες (11/11/2021-10/11/2021, ΣΔΟ: 35Gy). Ακολούθως η ασθενής άρχισε αγωγή 2ης γραμμής με Kadcyla από 16/11/2021 μέχρι 6/2022. Στη συνέχεια, λόγω νέας χιλιοστομετρικής βλάβης στην περιοχή του παρεγκεφαλιδικού ημισφαιρίου υποβλήθηκε ξανά σε στερεοτακτική ακτινοθεραπεία (ΣΔΟ: 35Gy, ΗΔΟ: 7Gy) ενώ συνεχίζει την αντι-HER. θεραπεία. Η ασθενής δεν εμφάνισε σοβαρές οξείες και απώτερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τις θεραπείες.

Συμπέρασμα: Ο σωστός συνδυασμός αντι-Her-2 θεραπειών, χημειοθεραπείας και στερεοτακτικής ακτινοχειρουργικής σε μεταστατικό HER-2 καρκίνο μαστού με εγκεφαλικές εντοπίσεις είναι ασφαλής και οδηγεί σε αυξημένη επιβίωση με καλή ποιότητα ζωής.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10

ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ.- Νασίκας Δ.

ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ευαγγέλου Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής, Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Διευθυντής Ανθρωπολογικού Μουσείου, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η κυτταρική γήρανση (cellular senescence) αποτελεί βασικό ομοιοστατικό μηχανισμό του κυττάρου έναντι στρεσογόνων ερεθισμάτων. Τα γηρασμένα κύτταρα, γνωστά και ως κύτταρα «zombie», εμφανίζουν αναστολή του πολλαπλασιασμού, ανθεκτικότητα στην απόπτωση, διαταραχή του μεταβολισμού, βλάβη μακρομορίων καθώς και έναν ειδικό εκκριτικό φαινότυπο (SASP: Senescence Associated Secretory Phenotype). Θεμελιώδες ακόμη γνώρισμα των γηρασμένων κυττάρων αποτελεί η συσσώρευση λιποφουσκίνης. Το χαρακτηριστικό αυτό αξιοποιείται σήμερα, μέσω της μεθοδολογίας SenTraGorTM που έχουμε αναπτύξει και έχει καθιερωθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Κυτ-

ταρικής Γήρανσης (ICSA), για την ανίχνευση γηρασμένων κυττάρων σε πάσης φύσεως βιολογικό υλικό. Η κυτταρική γήρανση εμπλέκεται φυσιολογικά σε διαδικασίες της εμβρυικής ανάπτυξης (πχ στον πλακούντα) και ενήλικης ζωής (πχ επούλωση τραύματος), σε διάφορες νόσους που σχετίζονται με την ηλικία, όπως ο καρκίνος αλλά και στο γήρας του οργανισμού. Συγκαταλέγεται πια στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του καρκίνου. Κατά τη διάρκεια της καρκινογένεσης παίζει διπλό ρόλο. Στα αρχικά του στάδια, σε προ-καρκινικές αλλοιώσεις, λειτουργεί ως αντι-καρκινικός φραγμός εμποδίζοντας τον πολλαπλασιασμό εν δυνάμει καρκινικών κυττάρων («φωτεινή πλευρά»). Αντιθέτως, σε προχωρημένα στάδια του καρκίνου προάγει την εξέλιξη της καρκινογένεσης μέσω δύο βασικών μηχανισμών: 1. του ειδικού εκκριτικού φαινοτύπου SASP και 2. της διαφυγής («escape») από την κυτταρική γήρανση. Αμφότεροι αυτοί μηχανισμοί συνιστούν τη «σκοτεινή» πλευρά της κυτταρικής ο δε μηχανισμός της διαφυγής φαίνεται να συμβάλλει στις υποτροπές/μεταστάσεις του καρκίνου και στη δυσμενή πρόγνωση των ασθενών. Το φαινόμενο της κυτταρικής γήρανσης μπορεί επίσης να επάγεται μετά από χορήγηση συμβατικών αντι-νεοπλασματικών θεραπειών (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Γνωρίζοντας ότι τα γηρασμένα κύτταρα : i) δεν πολλαπλασιάζονται και δεν εξολοθρεύονται από τις συμβατικές αντι-καρκινικές θεραπείες, οι οποίες δρουν κυρίως σε πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα και ii) μπορεί να διαφύγουν από την κυτταρική γήρανση και να δώσουν υποτροπές, εγείρεται έντονα το ζήτημα αναθεώρησης των κλασικών αντι-καρκινικών θεραπειών με την προσθήκη σενολυτικών φαρμάκων, παραγόντων δηλαδή που εξαλείφουν τα γηρασμένα κύτταρα, ως συμπληρωματικής θεραπείας.

TARGETING REGULATORY T CELLS IN CANCER: FROM THERAPY TO PROGNOSTIC BIOMARKER ΣΤΟΧΕΥΟΝΤΑΣ ΤΑ Τ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ

Αλίσσάφη Θέμις

Επίκ. Καθηγήτρια Βιολογίας στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και επιστημονικώς υπεύθυνη στο εργαστήριο ανοσοολογικής ρύθμισης στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ).

Τα καρκινικά κύτταρα έχουν την μοναδική ιδιότητα να προσελκύουν ρυθμιστικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως είναι τα Τ ρυθμιστικά κύτταρα, προκειμένου να καταστείλουν την ανοσολογική απάντηση έναντι του όγκου. Η ραγδαία εξέλιξη στον τομέα της ανοσολογίας οδήγησε στην ανάπτυξη της ανοσοθεραπείας, μιας επαναστατικής θεραπευτικής προσέγγισης που χρησιμοποιεί αναστολείς σημείων ανοσιακού ελέγχου προκειμένου να ενεργοποιήσει το ανοσιακό σύστημα να εξουδετερώσει τα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο αρκετοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται σε αυτή την θεραπεία, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό όσων ανταποκρίνονται εμφανίζουν σημαντικές παρενέργειες όπως η εκδήλωση αυτοανόσων τοξικοτήτων των ενδοκρινών αδένων, του γαστρεντερικού, του πνεύμονα κ.α. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη για εξεύρεση βιοδεικτών οι οποίοι θα παρέχουν πρόγνωση για την απόκριση στην θεραπεία και για νέους θεραπευτικούς στόχους, οι οποίοι θα ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα χωρίς ωστόσο να προκαλούν αυτοάνοσες τοξικότητες. Τα Τ ρυθμιστικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος αποτελούν τον ιδανικό υποψήφιο για την επίτευξη αυτών των στόχων, καθώς είναι τα κύτταρα τα οποία φυσιολογικά ρυθμίζουν την ομοίωση και την ανοσολογική ανοχή έναντι εαυτού, ενώ παράλληλα αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς μηχανισμούς αντίστασης στην ανοσοθεραπεία. Τα πρόσφατα αποτελέσματα της ερευνητικής μας ομάδας υποδεικνύουν έναν έντονο μεταγραφικό επανα-προγραμματισμό των CD4+CD25+CD127- Τ ρυθμιστικών κυττάρων στο αίμα ανθρώπων με μεταστατικό μελάνωμα που αναπτύσσουν αυτοάνοσες τοξικότητες έπειτα από ανοσοθεραπεία. Συγκεκριμένα, αυτός ο επανα-προγραμματισμός των Τ ρυθμιστικών κυττάρων χαρακτηρίζεται από μια έντονη προ-φλεγμονώδη, αποπτωτική και μεταβολική υπογραφή, η οποία είναι κοινή σε όλους τους τύπους νεοπλασματος και αυτοάνοσων ασθενειών τους οποίους μελετήσαμε. Η αποκωδικοποίηση των υπογραφών των Τ ρυθμιστικών κυττάρων στον καρκίνο θα προωθήσει την ανακάλυψη εξατομικευμένων προγνωστικών δεικτών και καινοτόμων θεραπευτικών στόχων.

TUKYSA[®]
tucatinib
50 mg | 150 mg tablets



▽ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 της ΠΧΠ για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ενδεικτική τιμή

TUKYSA F.C.TAB 150MG/TAB BT X 84 TABS: 5.547,63€

TUKYSA F.C.TAB 50MG/TAB BT X 88 TABS: 1.936,82€

Επί του παρόντος το φαρμακευτικό προϊόν δεν είναι εμπορικά διαθέσιμο.

 **Seagen[®]**

 **GENESIS**
pharma

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Tuc_Ad.02/2022

Breast Implants by



PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

#1 Global Brand



CPX™ 4
Breast Tissue
Expander

CPG™
Breast
Implants

MemoryGel®
Breast Implants

MemoryGel® Xtra
Breast Implants

www.mentorwllc.eu

REFERENCES: 1. Mentor Worldwide LLC. Mentor Worldwide Expander and Share Sales Data through Q2 2020.

IMPORTANT SAFETY INFORMATION: MENTOR® MemoryGel® Breast Implants are indicated for breast augmentation, in women who are at least 18 years old, or for breast reconstruction. Breast implant surgery should not be performed in those women with active infection anywhere in their body, those with existing cancer or pre-cancer of their breast(s), those who have not received adequate treatment for these conditions or those who are pregnant or nursing. There are risks associated with breast implant surgery. Breast implants are not lifetime devices and breast implantation are not necessarily a one-time surgery. The most common complications with MENTOR® MemoryGel® Breast Implants include reoperation, implant removal, capsular contracture, asymmetry, and breast pain. A lower risk of complication is implant rupture, which is most often silent. The health consequences of a ruptured silicone gel-filled breast implant have not been fully established. Screenings such as mammography, MRI, or ultrasound are recommended after initial implant surgery to assist in detecting implant rupture. Breast implants are also associated with the risk of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL), an uncommon type of lymphoma. An individual's risk of developing BIA-ALCL with MENTOR® Breast Implants is low based on the data currently available on the incidence of worldwide cases.

Your patient needs to be informed and understand the risks and benefits of breast implants, and she should be provided with an opportunity to consult with you prior to deciding on surgery. For detailed indications, contraindications, warnings and precautions associated with the use of all MENTOR® Implantable Devices, please refer to the Product Insert Data Sheet provided with each product or review the Important Safety Information provided at [HYPERLINK "http://www.mentorwllc.eu"](http://www.mentorwllc.eu)

MENTOR® CONTOUR PROFILE™ Breast Tissue Expanders are used for breast reconstruction after mastectomy, correction of an underdeveloped breast, scar revision, and tissue defect procedures. The expander is intended for temporary subcutaneous or submuscular implantation; they should be used within a time frame determined by the physician to achieve the clinically desired degree of tissue expansion. MENTOR® CONTOUR PROFILE™ Tissue Expanders include magnetic injection domes, which contain a rare earth permanent magnet, and are NOT MRI compatible. The device could be moved by the MRI causing pain or displacement, potentially resulting in a revision surgery. Do not use the MENTOR® CONTOUR PROFILE™ Tissue Expander in patients where an MRI may be needed.

DO NOT use the MENTOR® CONTOUR PROFILE™ Tissue Expander in patients that have a previously implanted device such as pacemakers, drug infusion devices, artificial sensing devices, etc. that could be affected by a magnetic field. MENTOR® has not tested the in vivo effects of radiation therapy with MENTOR® CONTOUR PROFILE™ Expander devices and cannot warrant the safety of such use. The incidence of extrusion of the expander has been shown to increase when the expander has been placed in injured areas, scarred, heavily irradiated or burned tissue, crushed bone areas, where severe surgical reduction of the area has previously been performed and where steroids are used in the surgical pocket. Your patient needs to be informed and understand the risks and benefits of breast implants and tissue expanders, and she should be provided with an opportunity to consult with you prior to deciding on surgery. For detailed indications, contraindications, warnings and precautions associated with the use of all MENTOR® Implantable Devices, please refer to the Product Insert Data Sheet provided with each product or review the Important Safety Information provided at [HYPERLINK "http://www.mentorwllc.eu"](http://www.mentorwllc.eu)

© Mentor Worldwide LLC 2021 185605-210810 EMEA - <https://www.jnjmedicaldevices.com/en-EMEA/companies/mentor> - This publication is not intended for distribution outside of the EMEA region.