



Παρασκευή 22 Φεβρουαρίου 2019

16:15-16:45 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 
 ΘΕΜΑ: Μεταστατικός καρκίνος παχέος εντέρου: Θεραπευτικές επιλογές μετά τη 2η υποτροπή
 Συντονιστής: Μ. Βασιλαματζής
 Ομιλητής: Θ. Τέγος

16:45-18:15 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: Ο ρόλος του MDT στη βελτίωση της επιβίωσης στον καρκίνο του ορθού
 Συντονιστές: Γ. Στυλιανίδης, Β. Κομπορόζος
 Διάγνωση, σταδιοποίηση και αξιολόγηση
 Γ. Λακιώτης
 Νεο-επικουρική, επικουρική και μη χειρουργική θεραπεία
 Χ. Ζουμπλός
 Αρχές της χειρουργικής θεραπείας
 Η. Κατσούλης
 Χειρουργική της τοπικής υποτροπής και της μεταστατικής νόσου
 Δ. Μαγγανάς
 Εξαστομικευμένη θεραπεία του καρκίνου του ορθού
 Β. Κομπορόζος

18:15-18:45 ΔΙΑΛΕΞΗ: Η βιταμίνη D σε παθολογικές ή μη καταστάσεις
 Συντονιστής: Χ. Χριστοδουλίδου
 Ομιλητής: Θ. Αποστόλου



«Αίθουσα χήρωφορμίσκου» στα πρώτα χειρουργεία του «ευσταχισμού»

**Ο ρόλος του MDT στη βελτίωση της επιβίωσης στον
καρκίνο του ορθού**

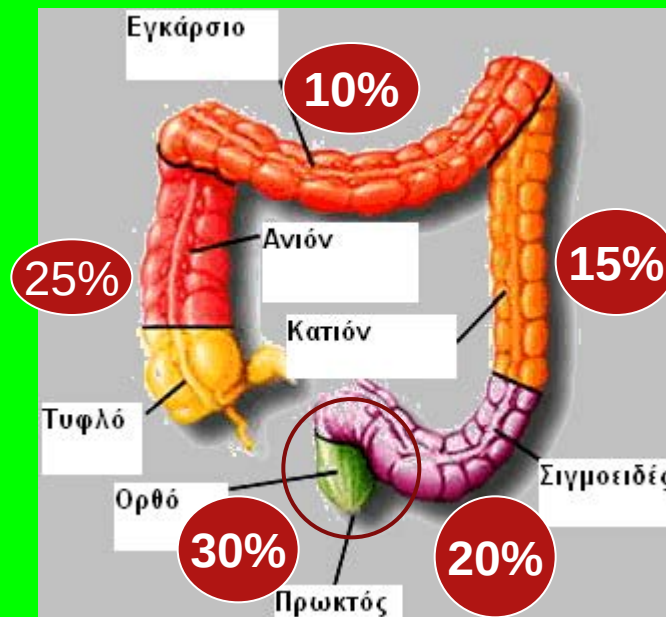
Διάγνωση, σταδιοποίηση και αξιολόγηση
Γ. Λακιώτης

Ανατομική Κατανομή του Ca στο Π.Ε-Ορθό

Επιδημιολογία

Επίπτωση:

- USA...35/100.000 (43.030/γ) Ορθού
- W.Europe...40
- S.America...15
- Asia.....15
- Africa.....2
- Μέση ηλικία..65έτη
- Οι μισοί ανακαλ...με άκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση.
- 2η Αιτία Θανάτου μετά του Πνεύμονος



Βασικός Προληπτικός έλεγχος:

- Αρχή στα 50
- F.Occult blood test/ετησίως.
- Σιγμοειδοσκόπηση /5 έτη
- Κολονοσκόπηση /10 έτη

Άνδρες: Υπεροχή στο Ca Ορθού
Γυναίκες: Υπεροχή στους κεντρικότερους (τυφλού)

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ —

Αν και οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου είναι σποραδικοί, εντοπίστηκαν ειδικές γενετικές διαταραχές, οι περισσότερες από τις οποίες είναι αυτοσωματικές κυριαρχίες, οι οποίες συνδέονται με πολύ υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (FAP), κίνδυνος 90% του καρκίνου του παχέος εντέρου μέχρι την ηλικία των 45 ετών, χωρίς την προφυλακτική κολεκτομή).

Σύνδρομο Lynch: (κληρονομικός μη πολυποειδής ορθοκολικός καρκίνος [HNPCC]). Κίνδυνος 25 -75%). Τα συχνότερα σύνδρομα οικογενούς καρκίνου ορθού, αντιπροσωπεύουν < 5% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου.

Το σύνδρομο Lynch είναι πιο συνηθισμένο από το FAP, 2 - 3% όλων των αδενοκαρκινωμάτων του παχέος εντέρου.

Οι εξωκολικοί καρκίνοι είναι πολύ συνηθισμένοι στο σύνδρομο Lynch.

Ιδιαίτερα τα καρκινώματα του ενδομητρίου, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν σε έως και 60% των φορέων μετάλλαξης γυναικών σε μερικές οικογένειες, ωοθήκες, στομάχι, λεπτό έντερο, το ηπατοχολικό σύστημα, εγκέφαλος, νεφρική πύελος ή τον ουρητήρα και τους σμηγματογόνους αδένες του δέρματος, όπως με σμηγματογόνα αδενώματα ή καρκινώματα.

Καρκίνωμα Παχέος Εντέρου Συμπτώματα - Διάγνωση

- ▶ Το αδενοκαρκίνωμα του π.ε έχει κ.μ.ό.
χρόνο διπλασιασμού τις 130 ημέρες...
- ▶ Έτσι απαιτούνται τουλάχιστον 5 έτη και συχνά 10-15, ώστε να φθάσει σε μέγεθος τέτοιο που να προκαλεί κλινικά συμπτώματα.
- ▶ Κατά την σιωπηλή αυτή περίοδο η διάγνωση της νόσου εξαρτάται από εξετάσεις ρουτίνας.

Πως εκδηλώνεται η νεοπλασία του Παχέος Εντέρου (;)

- ▶ (1) Με την μορφή μη επειγόντων καταστάσεων (75.2%)
(Με ύπουλη χρόνια συμπτωματολογία που αφορά κυρίως την λειτουργικότητα του εντέρου ή την γενική υγεία του ασθενούς)
- ▶ (2) Επείγοντως
Με οξεία εντερική απόφραξη (18%)
- ▶ (3) Επείγοντως
Με διάτρηση του εντέρου και περιτονίτιδα (6.2%).

Ca-Περιφερικού Σιγμοειδούς - Ορθού

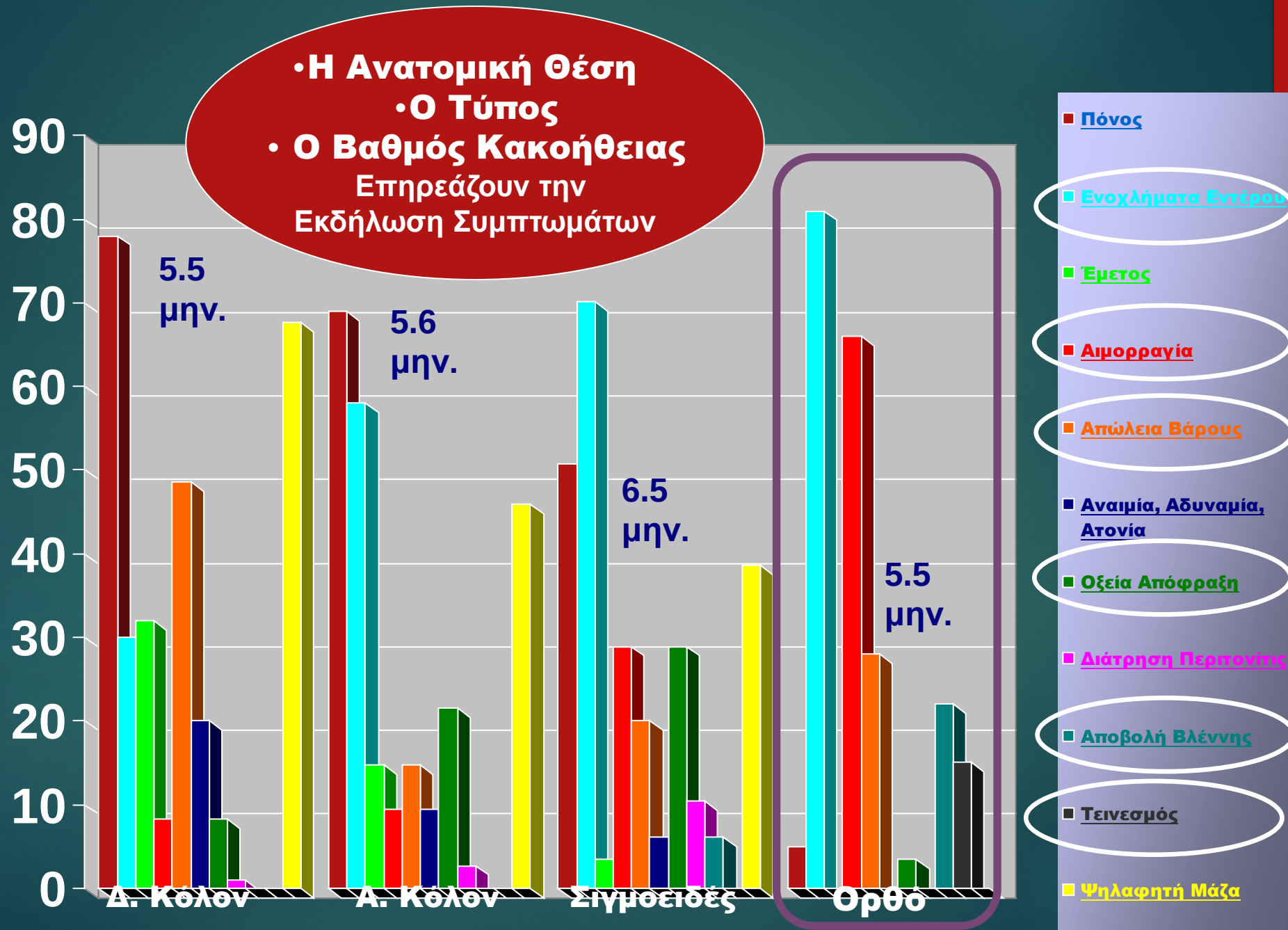
- ▶ Οι βλάβες αυτές προκαλούν τη χαρακτηριστικότερη σειρά συμπτωμάτων. Τούτο είναι ίσως τυχερό!, λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή εμφάνιση του καρκίνου σε αυτές τις περιοχές του εντέρου.
- ▶ Όμως θα πρέπει να τονισθεί ότι μπορεί να είναι εντελώς ασυμπτωματικές και να ανακαλυφθούν τυχαία κατά την εξέταση για ραγάδα δακτυλίου ή άλλη καλοήγη πάθηση του δακτυλίου.
(J.Goligher)

Η Συμπτωματολογία του καρκινώματος του Παχέος Εντέρου εξαρτάται από:

Η κατά μέσον
όρο χρονική
απόσταση
Έναρξης των
συμπτωμάτων
και
Οριστικής
Θεραπείας
είναι 7-9
μήνες:
Υπεύθυνοι
τόσο ο
ασθενής όσο
και ο ιατρός

- ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΤΟ Π.Ε
- ΕΚΤΑΣΗ
- ΤΥΠΟ (ΚΡΑΜΒΟΕΙΔΗΣ, ΕΛΚΩΤΙΚΟΣ, ΔΑΚΤΥΛΙΟΕΙΔΗΣ)
- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ (ΑΠΟΦΡΑΞΗ, ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ)

Ca-Π.Ε-Ορθού - Συσχέτιση: Συμπτωμάτων / Ανατομικής Θέσης



Διάγνωση Ca Παχέος Εντέρου (Π.Ε.)-ορθού

Ιστορικό

- ▶ Άτυπη δυσπεψία ή ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα σε άτομα μέσης ηλικίας και άνω; Ca- Π.Ε ;



*Εμπλέκονται και παθήσεις στομάχου, 12δ, χοληφόρων
σκωληκοειδούς αποφύσεως.*

- ▶ Ανεξήγητη κακουχία με αναιμία; Ca- Π.Ε ;



Ύποπτο και το νεο- στομάχου

- ▶ Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου σε άτομο >40 ετών για 2-3 εβδομάδες και άνω; Ca-Π.Ε ;



Να μην σκεπτόμεθα πρώτα την Κολίτιδα ή εκκολπωματίτιδα

- ▶ Αιματηρές κενώσεις; Ca-Π.Ε.;



Να μην σκεπτόμεθα πρώτα τις αιμορροΐδες!!

Διάγνωση Ca παχέος εντέρου-Ορθού

Ψηλάφηση – Επίκρουση - Ακρόαση

- ▶ Αναζήτηση μάζας.-ψηλάφηση(-).
- ▶ Αναζήτηση υγρού εντός της κοιλίας.-επίκρουση.
- ▶ Κατάσταση του ήπατος.-ψηλάφηση.
- ▶ Ψηλάφηση βουβωνικών περιοχών.
- ▶ Αναζήτηση γενικά διογκωμένων λεμφαδένων.
- ▶ Διατεταμένων εντερικών ελίκων.-επίκρουση.
- ▶ Υπερκινητικότητας του εντέρου (μεταλλικοί ήχοι).-ακρόαση.
- ▶ Έντονη κινητικότητα του εντέρου – (βορβορυγμός).-ακρόαση.

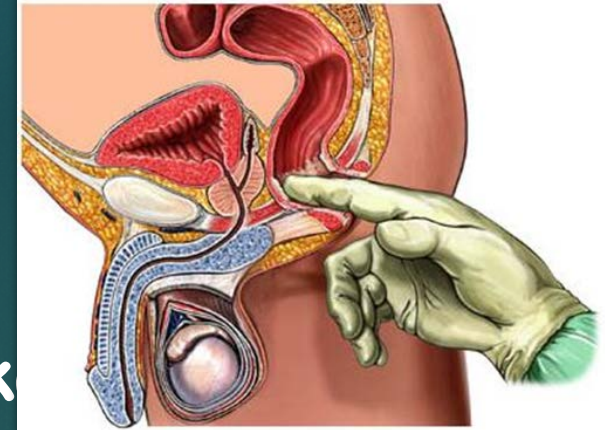
Ca- Παχέος Εντέρου - Ορθού Διάγνωση

- ▶ Δακτυλική εξέταση.
- ▶ Ορθοσιγμοειδοσκόπηση.
- ▶ Σιγμοειδοσκόπηση.
- ▶ Κολονοσκόπηση.
- ▶ Βαριούχος υποκλυσμός(;).

Δακτυλική εξέταση (ελέγχει το 10-15% των νεο-)

- ▶ Δισκοειδής σκλήρυνση ελαφρά υπεργερμένη.
- ▶ Οζώδης μαλακή υπέγερση με μικρό έλκος.
- ▶ Τυπικό καρκινικό έλκος με βαθύ κρατήρα και υπεργερμένα χείλη.
- ▶ Δακτυλιοειδής στένωση.
- ▶ Θέση της βλάβης/ δακτύλιο, τράχηλο μήτρας, άνω όριο προστάτου, και κόκκυγα.
- ▶ Κινητικότητα της βλάβης, σε σχέση με προστάτη, σπερματοδόχους, ουρ. κύστη, κόλπο, μήτρα, ιερό, κόκκυγα.
- ▶ Έπέκταση τοπικά της βλάβης.
- ▶ Έλεγχος του δακτύλου για αίμα στο πέρας της εξέτασης.

Δακτυλική εξέταση



Η δακτυλική εξέταση ελέγχει για παθήσεις πρωκτού, κάτω τριτημόριο ορθού, ενδοπυελικές και ενδοκοιλιακές (αμφίχειρα).

Η ενδοσκοπηση στη διαγνωστική του νεο- του Π.Ε.-Ορθού

- ▶ Σιγμοειδοσκόπηση
 - Άκαμπτο μέχρι τα 25 εκ. (ελέγχει το 20% των βλαβών)
 - Εύκαμπτο μέχρι τα 60 εκ. (ελέγχει το 50-65% των βλαβών).
- Κολονοσκόπηση
 - Διαγνωστική ακρίβεια >90% για βλάβες >10χιλ.

Βαριούχος υποκλυσμός

- ▶ Με διπλή σκιαγραφική αντίθεση
 - Υψηλή διαγνωστική ακρίβεια
 - Μπορεί να έχει ψευδώς θετικές διαγνώσεις
(υπόλειμμα περιεχομένου, καλοήθων πολυπόδων, εκκολπωματικής νόσου, νόσου Crohn, προέχουσας ειλεοτυφλικής βαλβίδος)
 - Μπορεί να έχει ψευδώς αρνητικές διαγνώσεις.
- ▶ Επί αποτυχίας της ενδοσκοπήσεως.

Νέες μέθοδοι διάγνωσης του Ca του Π.Ε-ορθού

- ▶ **DNA test** των κυττάρων που αποπίπτουν στα κόπρανα.
- ▶ **Εικονική κολονοσκόπηση:** Εμφύσηση αέρος στο Π.Ε. - Σπειροειδής αξονική τομογραφία - Επεξεργασία και ανασύσταση εικόνας σε Η/Υ.
- ▶ **Κολονογραφία με Μαγνητική Αντήχηση.:** Συνδυασμός Μαγνητικής τομογραφίας π.ε. - Μετά από χορήγηση ειδικού σκιαγραφικού μέσου με υποκλυσμό - Ανασύσταση και επεξεργασία εικόνας.

Μορφές καρκινώματος π.ε

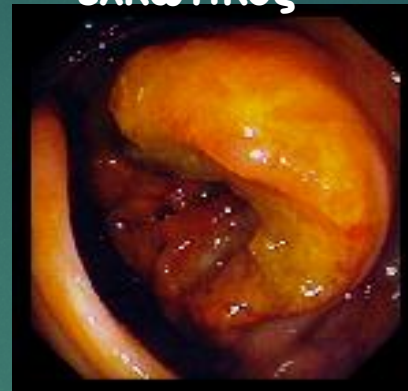
πολυποειδής



ελκωτικός



ελκωτικός



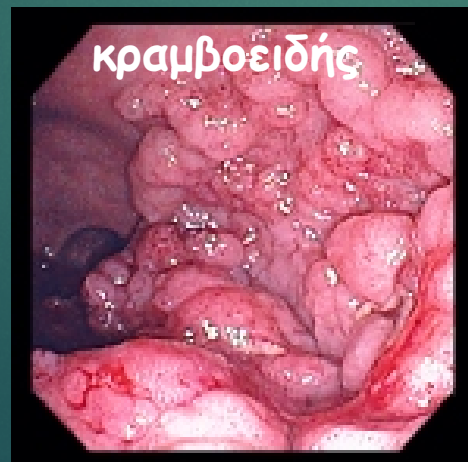
ελκωτικός



δακτυλιοειδής



κραμβοειδής



ελκωτικός



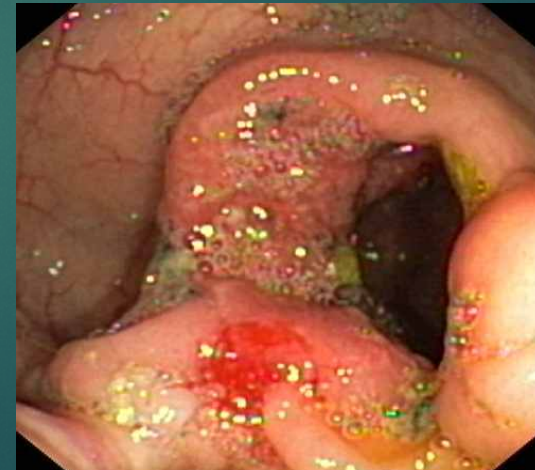
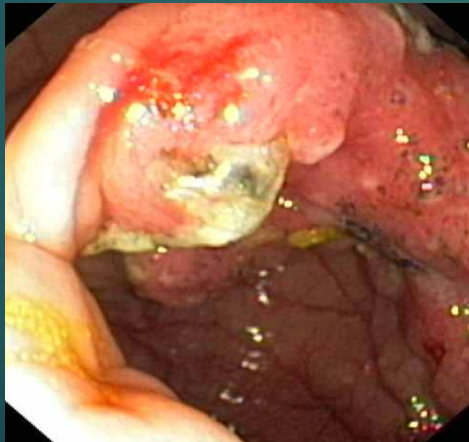
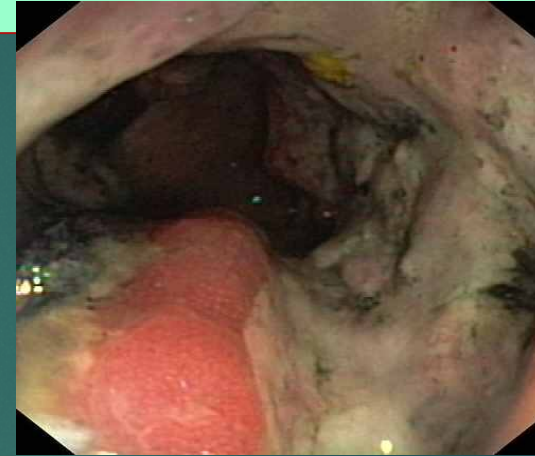
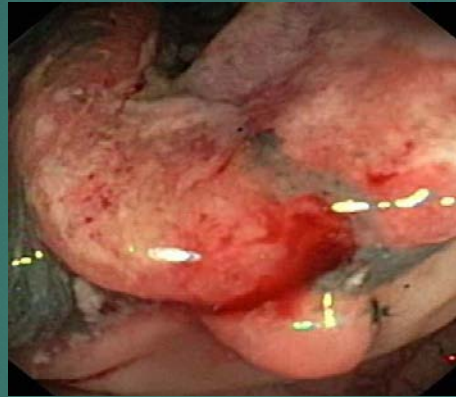
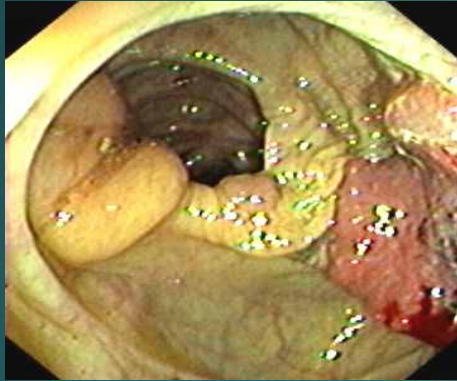
πολυποειδής



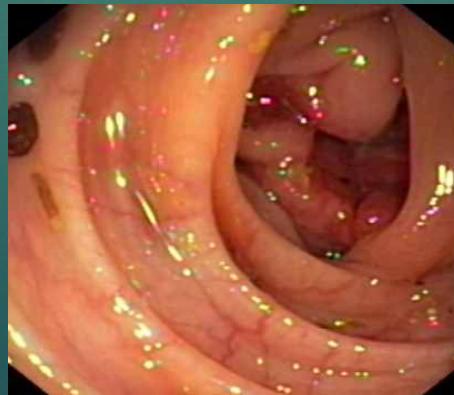
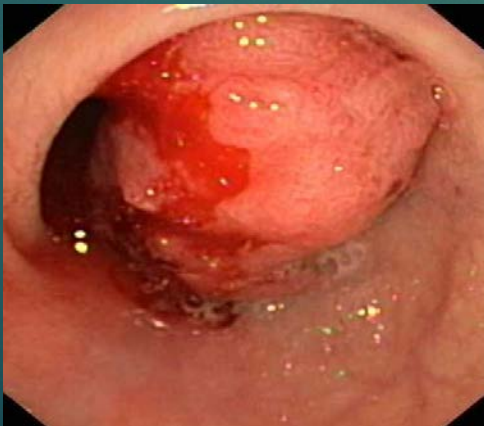
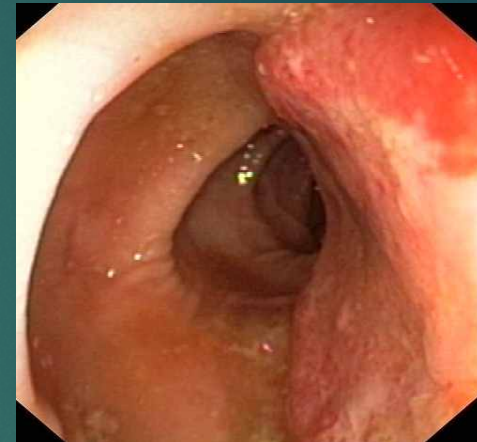
ελκωτικός



Ενδοσκοπικές εικόνες Τ_a Τυφλού

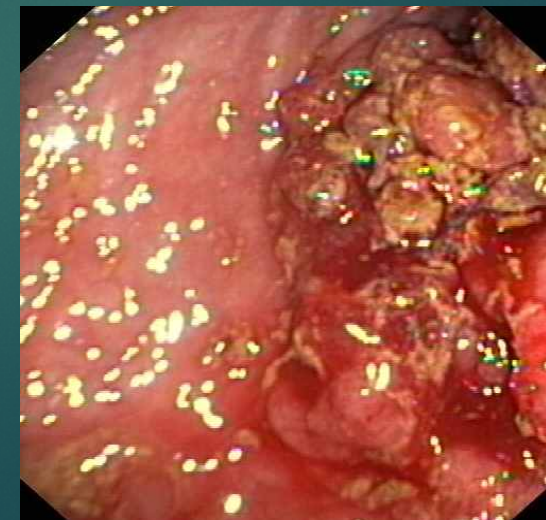
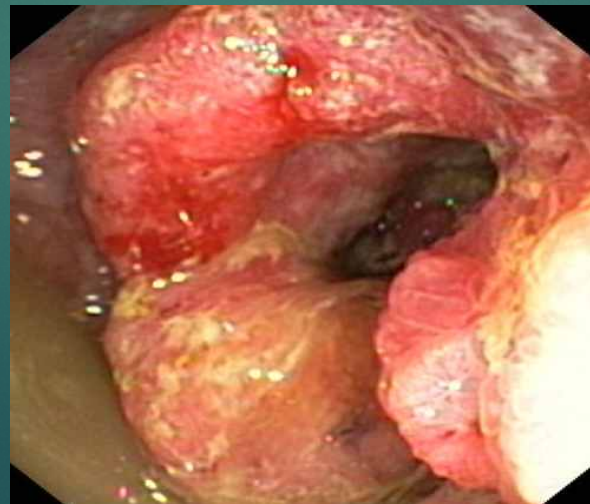
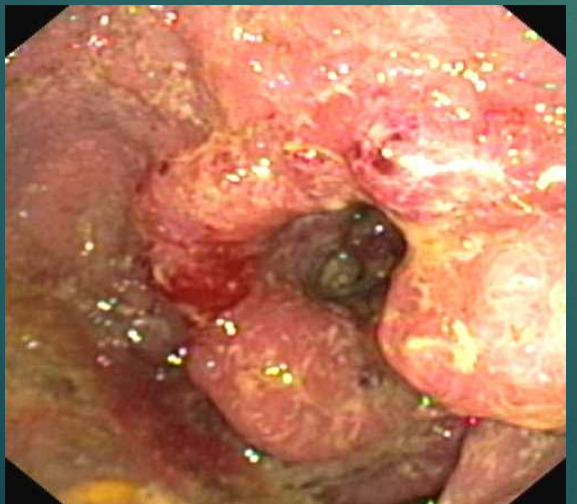
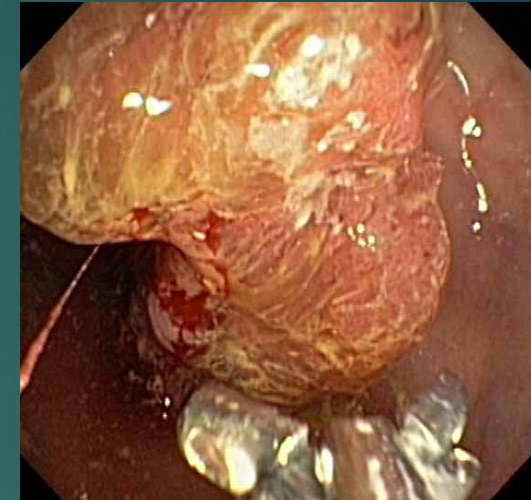
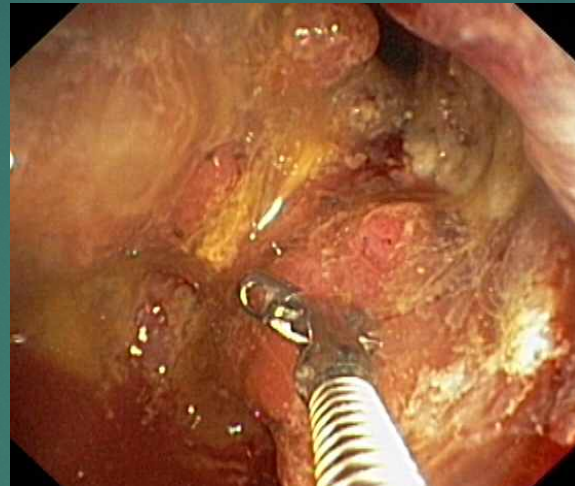
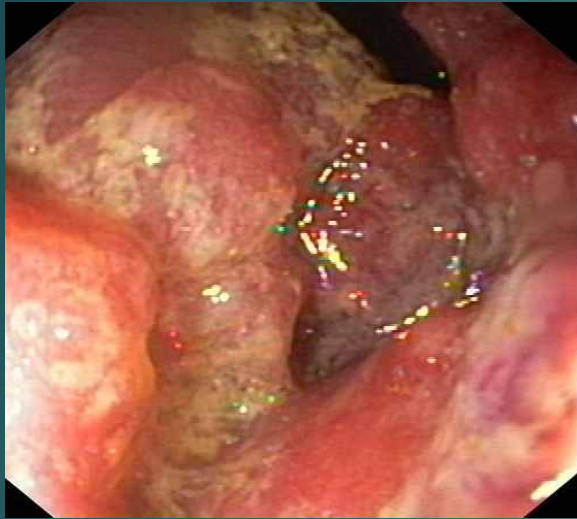


Τα Σιγμοειδούς



Τα Ορθού

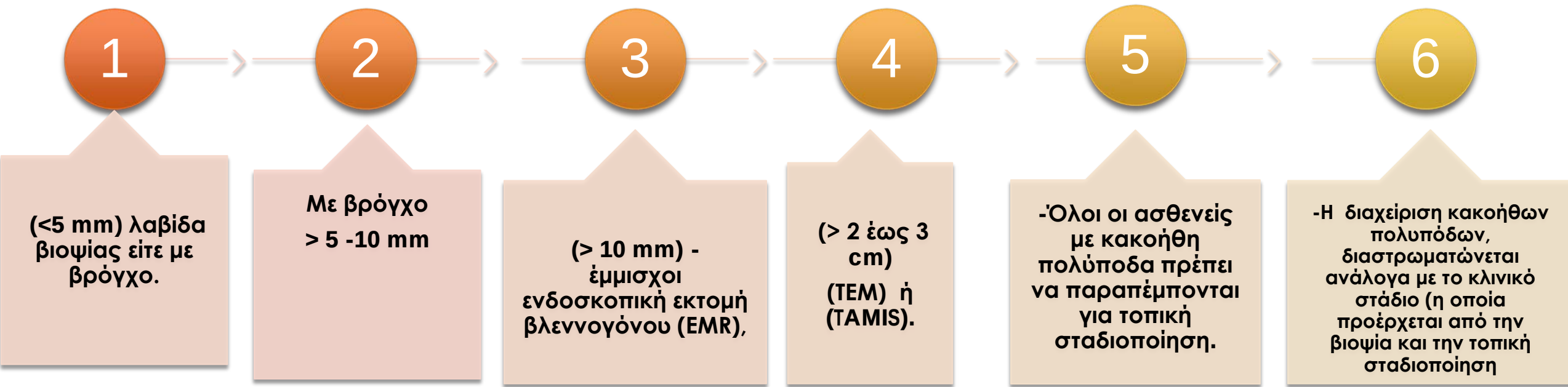
Προχωρημένες καταστάσεις



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- ▶ - Διάγνωση με κολονοσκόπηση μετά από αιμορραγία
- ▶ - Κολονοσκόπηση προληπτικά ή παρεμπιπτόντως σε μια απεικονιστική μελέτη που εκτελείται για άλλο λόγο.
- ▶ - Ενδοσκοπικές μάζες που εκφύονται από τον βλεννογόνο και προεξέχουν στον αυλό (εξωφυτική ή πολυποειδής).
- ▶ - Αιμορραγία, αναβλύζει ή πραγματική αιμορραγία, σε αλλοιώσεις που είναι εύθρυπτες, νεκρωτικές ή εξελκωμένες.
- ▶ - Μία μειονότητα των νεοπλασματικών βλαβών είναι μη πολυποειδής και σχετικά επίπεδες.
- ▶ - Μάζα κατά τη διάρκεια κολονοσκόπησης(;) - βιοψία.

-Οι πολύποδες του παχέος εντέρου πρέπει να αφαιρεθούν, πρόδρομοι του διηθητικού καρκίνου.



Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟ της ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

-εκτίμηση της παρουσίας απομακρυσμένης μεταστατικής νόσου.

-προσδιορισμός της θέσης του όγκου στο ορθό.

-τοπική επέκτασή του.

Απαιτείται ακριβής αξιολόγηση της θέσης και της τοπικής έκτασης του όγκου πριν από τη θεραπεία,

...προκειμένου να επιλεγεί η χειρουργική προσέγγιση

-να προσδιοριστούν οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για αρχική θεραπεία (χημειοακτινοθεραπεία, μόνο ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό χημειοθεραπείας και χημειοακτινοθεραπείας) πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

○
προσδιορισμός
του κλινικού
σταδίου του
καρκίνου του
ορθού
βασίζεται
γενικά:

- ▶ -διαγνωστική βιοψία,
 - ▶ - φυσική εξέταση
- ▶ - απεικονιστικές μελέτες:
 - ▶ (CT), (MRI)
- ▶ - διορθικό υπερηχογράφημα.
- ▶ - το παθολογικό στάδιο T (pT)
απαιτεί την εκτομή του
πρωτοπαθούς όγκου ή
επαρκή βιοψία για την
αξιολόγηση της υψηλότερης
κατηγορίας (pT).

Φυσική και ενδοσκοπική εξέταση –

- ▶ Η δακτυλική εξέταση (DRE)
- ▶ και η πρωκτοσκόπηση.

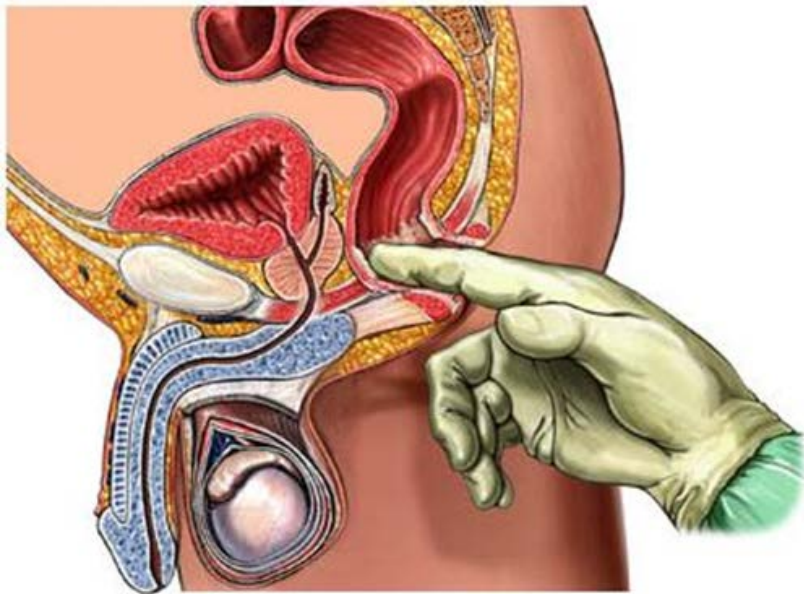
DRE

- ▶ καθήλωση της βλάβης στον πρωκτικό σφιγκτήρα,
- ▶ σχέση της με τον ορθοπρωκτικό δακτύλιο (σφιγκτηριακός μηχανισμός)
- ▶ καθήλωση τόσο στο ορθικό τοίχωμα όσο και στους μυς του πυελικού εδάφους (ανελγκτήρες).

Πρωκτοσκόπηση

- ▶ Η πρωκτοσκόπηση μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια την απόσταση μεταξύ του απομακρυσμένου ορίου του όγκου, της κορυφής του ορθοπρωκτικού δακτυλίου και της οδοντωτής γραμμής.
- ▶ -όγκος που θεωρείται μη εξαιρεσίμος με την κλινική ή την απεικονιστική εξέταση μπορεί να αποδεικνύεται δεκτικός θεραπευτικής εκτομής όταν ο ασθενής εξετάζεται (DRE) υπό αναισθησία.

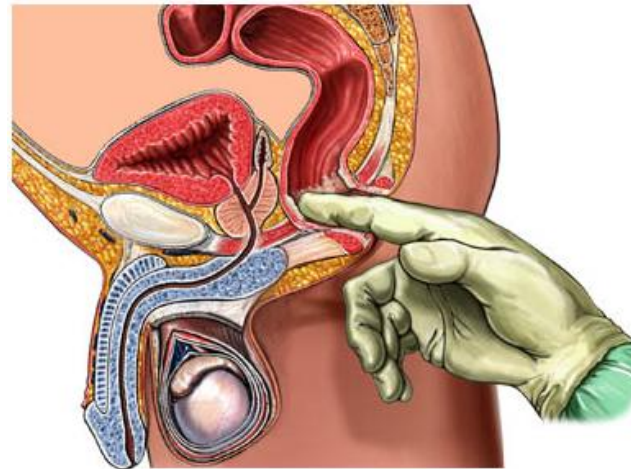
Δακτυλική εξέταση



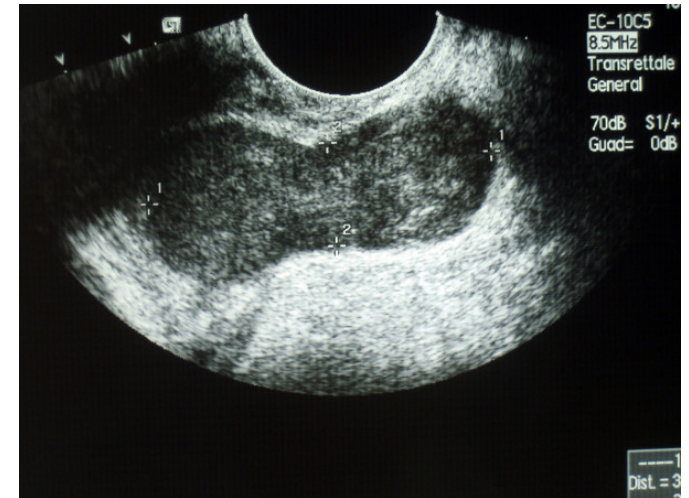
Η δακτυλική εξέταση ελέγχει για παθήσεις
πρωκτού, κάτω τριτημόριο ορθού,
ενδοπυελικές και ενδοκοιλιακές (αμφίχειρα).

- ▶ προεγχειρητική τοπική σταδιοποίηση
- ▶ -**δακτυλική κλινική εξέταση** (η οποία μπορεί να απαιτεί εξέταση υπό αναισθησία)
- ▶ -**άκαμπτη πρωκτοσκόπηση**,
 - ▶ - **MRI ορθού**
- ▶ - **διορθικό υπερηχογράφημα.**

Δακτυλική εξέταση



Η δακτυλική εξέταση ελέγχει για παθήσεις πρωκτού, κάτω τριτημόριο ορθού, ενδοπυελικές και ενδοκοιλιακές (αμφίχειρα).





Το ενδο- ή διαορθικό υπερηχογράφημα - MRI

- ▶ περιορίζεται από το μέγεθος της διόγκωσης και την έλλειψη βάθους ελέγχου για να εκτιμηθεί η διήθηση παρακειμένων οργάνων.
- ▶ Περιορισμός για τους **οπίσθιους ή τους οπισθοπλάγιους** όγκους στους **οποίους το περιθώριο περιφερικής εκτομής CRM** δεν μπορεί να εκτιμηθεί επειδή δεν υπάρχουν γειτονικές δομές που να επιτρέπουν την αξιολόγηση του CRM.
 - ▶ (ACG) και (ESMO): συνιστούν
 - ▶ Ενδο-, διαορθ-, υπερηχογράφημα
 - ▶ ή μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης
- ▶ *(MRI):για τον προσδιορισμό του τοπικού σταδίου του όγκου, την θετικότητα των λεμφαδένων για όλους τους ασθενείς με καρκίνο του ορθού, και εκείνων με κακοήγη πολύποδα pT1 με ευνοϊκούς προγνωστικούς παράγοντες.*

Απεικόνιση

Μετά την εδραίωση της διάγνωσης, η τοπική και μακρινή έκταση της εξάπλωσης της νόσου πρέπει να καθοριστεί διότι παρέχει ένα πλαίσιο για τη συζήτηση της θεραπείας. (CT-tcMRI)

Τοπική απεικόνιση

Προεγχειρητική
CT, κοιλίας,
λεκάνης,
επιτακτική για
τον σχεδιασμό
της
χειρουργικής
επέμβασης,

είναι ατελής και
μπορεί να
υποεκτιμήσει την
έκταση της
γειτονικής
τοπικής
συμμετοχής
οργάνων.

- ειδικότερα,
μπορεί να
προσδιορίσει με
ακρίβεια την
τοπικοπεριοχική
νόσο, και την
ανάγκη
γειτονικής
εκτομής
οργάνου, **αλλά
είναι λιγότερο
χρήσιμη στην
πρόβλεψη της
τοπικής εξαιρεσι
μότητας του
όγκου**

- (tcMRI):
παρέχει
πληροφορίες
για το περιθώριο
περιφερικής
εκτομής (CRM),
καθώς και την
διήθηση σε
άλλα όργανα
και δομές.

-(tcMRI): ξεπερνά την
ικανότητα της
αξονικής
τομογραφίας να
σταδιοποιήσει σε
τοπικό επίπεδο το
βάθος
της διατοιχωματικής
διήθησης, την
παρουσία ή την
απουσία διήθησης
σε παρακείμενες
δομές και την
παρουσία ή μη της
περιοριστικής
λεμφαδενικής
διήθησης.

**A)Αξιολόγηση για
απομακρυσμένες μεταστάσεις:**

A)- NCCN: CT με σκιαγραφική αντίθεση, του θώρακος, της κοιλιάς και της λεκάνης για όλους τους ασθενείς με διάγνωση διηθητικού καρκίνου του ορθού,

Για τους ασθενείς με αντένδειξη στην CT με ενδοφλέβια (IV) σκιαγραφική αντίθεση, η MRI της κοιλιάς και της λεκάνης με αυξημένη αντίθεση συν CT χωρίς αντίθεση αποτελεί εναλλακτική λύση.

**B)Η Τομογραφία εκπομπής
ποζιτρονίων(PET):**

B)- (PET) :αξιολόγηση ασθενών που θεωρούνται υποψήφιοι για αφαίρεση απομονωμένων μεταστάσεων ήπατος και εκείνων με διφορούμενο εύρημα στην CT με αντίθεση.

-Η επιβεβαίωση με βιοψία, θα πρέπει να διεξάγεται για ασθενείς που έχουν ευρήματα σε CT ή PET που προκαλούν υποψία για απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Γ)Νεοπλασματικοί Δείκτες:

➤ Τα επίπεδα του CEA στον ορό έχουν προγνωστική χρησιμότητα σε ασθενείς με νεοδιαγνωσμένο καρκίνο του παχέος εντέρου.

➤ Προεγχειρητικό CEA ορού > 5 ng / mL έχουν χειρότερη πρόγνωση, και σταδιοποίηση, από εκείνους με χαμηλότερα επίπεδα.

➤ ● Τα αυξημένα προεγχειρητικά επίπεδα CEA που δεν ομαλοποιούνται μετά από χειρουργική εκτομή συνεπάγονται την ύπαρξη υπολειμματικής νόσου και την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση.

TNM Σταδιοποίηση

01

Ο καρκίνος του ορθού σταδιοποιείται χρησιμοποιώντας το **TNM** (όγκος, λεμφαδένες, μεταστάσεις) σύστημα (AJCC) / (UICC). (όγδοη έκδοση, 2017)

02

-cTNM είναι η κλινική ταξινόμηση (που χρησιμοποιείται γενικά για ασθενείς πριν από την οριστική χειρουργική εκτομή)

03

-pTNM είναι η παθολογοανατομική ταξινόμηση, η οποία χρησιμοποιείται γενικά αφού εξετασθεί το τελικό δείγμα εκτομής.

04

Το πρόθεμα **"y"** μετά από neoadjuvant θεραπεία (π.χ., ypTNM).

Colorectal cancer TNM staging AJCC UICC 8th edition

Primary tumor (T)	
T category	T criteria
TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> , intramucosal carcinoma (involvement of lamina propria with no extension through muscularis mucosae)
T1	Tumor invades the submucosa (through the muscularis mucosa but not into the muscularis propria)
T2	Tumor invades the muscularis propria
T3	Tumor invades through the muscularis propria into pericorectal tissues
T4	Tumor invades* the visceral peritoneum or invades or adheres¶ to adjacent organ or structure
T4a	Tumor invades* through the visceral peritoneum (including gross perforation of the bowel through tumor and continuous invasion of tumor through areas of inflammation to the surface of the visceral peritoneum)
T4b	Tumor directly invades* or adheres¶ to adjacent organs or structures
* Direct invasion in T4 includes invasion of other organs or other segments of the colorectum as a result of direct extension through the serosa, as confirmed on microscopic examination (for example, invasion of the sigmoid colon by a carcinoma of the cecum) or, for cancers in a retroperitoneal or subperitoneal location, direct invasion of other organs or structures by virtue of extension beyond the muscularis propria (ie, respectively, a tumor on the posterior wall of the descending colon invading the left kidney or lateral abdominal wall; or a mid or distal rectal cancer with invasion of prostate, seminal vesicles, cervix, or vagina).	
¶ Tumor that is adherent to other organs or structures, grossly, is classified cT4b. However, if no tumor is present in the adhesion, microscopically, the classification should be pT1-4a depending on the anatomical depth of wall invasion. The V and L classification should be used to identify the presence or absence of vascular or lymphatic invasion whereas the PN prognostic factor should be used for perineural invasion.	
Regional lymph nodes (N)	
N category	N criteria
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	One to three regional lymph nodes are positive (tumor in lymph nodes measuring ≥0.2 mm), or any number of tumor deposits are present and all identifiable lymph nodes are negative
N1a	One regional lymph node is positive
N1b	Two or three regional lymph nodes are positive
N1c	No regional lymph nodes are positive, but there are tumor deposits in the: - Subserosa - Mesentery - Nonperitonealized pericolic, or perirectal/mesorectal tissues
N2	Four or more regional nodes are positive
N2a	Four to six regional lymph nodes are positive
N2b	Seven or more regional lymph nodes are positive

Πίνακας 2. Πρωτοπαθής όγκος (T)	
T _x	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί
T ₀	Καμία ένδειξη όγκου
T _{is}	In situ καρκίνωμα: ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα ή διήθηση της βασικής μεμβράνης χωρίς επέκταση στη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα
T ₁	Ο όγκος διηθεί μέχρι τη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα ή και τον υποβλενογόνιο χιτώνα
T ₂	Ο όγκος διηθεί μέχρι τον ιδίως μυϊκό χιτώνα
T ₃	Ο όγκος διηθεί δια του μυϊκού χιτώνα το περικολικό ή περιορθικό λίπος
T _{4a}	Ο όγκος διηθεί διαπερνώντας και την επιφάνεια του σπλαγγχνικού περιτοναίου
T _{4b}	Ο όγκος διηθεί ή προσκολλάται σε παρακείμενα όργανα ή δομές

Πίνακας 3. Περιοχικοί λεμφαδένες (N)	
N _x	Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν
N ₀	Απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων
N ₁	Μετάσταση σε 1-3 λεμφαδένες
N _{1a}	Μετάσταση σε ένα περιοχικό λεμφαδένα
N _{1b}	Μεταστάσεις σε 2-3 περιοχικούς λεμφαδένες
N _{1c}	Καρκινικές εναποθέσεις(TD) υπορογόνια, στο μεσεντέριο ή στους μη περιτοναιοποιημένους περικολικούς ή περιορθι-κούς ιστούς χωρίς μεταστάσεις στους περιοχικούς λεμφα-δένες
N ₂	Μεταστάσεις σε 4 και πλέον περιοχικούς λεμφαδένες
N _{2a}	Μεταστάσεις σε 4-6 περιοχικούς λεμφαδένες
N _{2b}	Μεταστάσεις σε 7 και πλέον περιοχικούς λεμφαδένες

Distant metastasis (M)			
M category	M criteria		
M0	No distant metastasis by imaging, etc; no evidence of tumor in distant sites or organs. (This category is not assigned by pathologists.)		
M1	Metastasis to one or more distant sites or organs or peritoneal metastasis is identified		
M1a	Metastasis to one site or organ is identified without peritoneal metastasis		
M1b	Metastasis to two or more sites or organs is identified without peritoneal metastasis		
M1c	Metastasis to the peritoneal surface is identified alone or with other site or organ metastases		
Prognostic stage groups			
When T is...	And N is...	And M is...	Then the stage group is...
Tis	N0	M0	0
T1, T2	N0	M0	I
T3	N0	M0	IIA
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
T1-T2	N1/N1c	M0	IIIA
T1	N2a	M0	IIIA
T3-T4a	N1/N1c	M0	IIIB
T2-T3	N2a	M0	IIIB
T1-T2	N2b	M0	IIIB
T4a	N2a	M0	IIIC
T3-T4a	N2b	M0	IIIC
T4b	N1-N2	M0	IIIC
Any T	Any N	M1a	IVA
Any T	Any N	M1b	IVB
Any T	Any N	M1c	IVC

TNM: tumor, node, metastasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control.

Used with permission of the American College of Surgeons, Chicago, Illinois. The original source for this information is the AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing. Corrected at 4th printing, 2018.

Πίνακας 4. Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)	
M₀	Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
M₁	Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
M_{1a}	Απομακρυσμένες μεταστάσεις περιορισμένες σε ένα όργανο ή μια θέση (π.χ. Ήπαρ, πνεύμονας, ωοθήκη, μη περιοχικός λεμφαδένας)
M_{1b}	Μετάσταση σε πέραν του ενός οργάνου ή θέσης

Πίνακας 1. Ανατομικό στάδιο/προγνωστικές ομάδες					
Στάδιο	T	N	M	Dukes	MAC
0	T _{is}	N ₀	M ₀	–	
I	T ₁	N ₀	M ₀	A	A
I	T ₂	N ₀	M ₀	A	B ₁
IIA	T ₃	N ₀	M ₀	B	B ₂
IIB	T _{4a}	N ₀	M ₀	B	B ₂
IIC	T _{4b}	N ₀	M ₀	B	B ₃
IIIA	T _{1–T2}	N _{1/N1c}	M ₀	C	C ₁
IIIA	T ₁	N _{2a}	M ₀	C	C ₁
IIIB	T _{3T4a}	N _{1/N1c}	M ₀	C	C ₂
IIIB	T _{2–T3}	N _{2a}	M ₀	C	C _{1/C2}
IIIB	T _{1–T2}	N _{2b}	M ₀	C	C ₁
IIIC	T _{4a}	N _{2a}	M ₀	C	C ₂
IIIC	T _{3T4a}	N _{2b}	M ₀	C	C ₂
IIIC	T _{4b}	N _{1–N2}	M ₀	C	C ₃
IVA	Any T	Any N	M _{1a}	–	–
IVB	Any T	Any N	M _{1b}	–	–

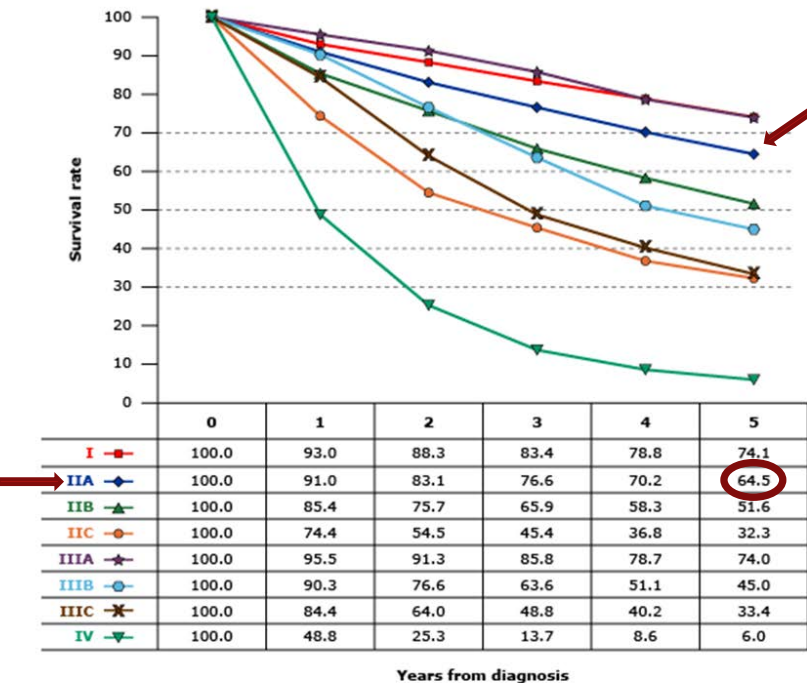
- [illegible]

Εναλλακτικές λύσεις της APR για ασθενείς με χαμηλούς όγκους ορθού

- **Τοπικές τεχνικές** μπορεί να προσφέρουν τοπικό έλεγχο και συγκρίσιμα ποσοστά επιβίωσης με την APR ενώ διατηρείται η λειτουργία του σφιγκτήρα.
- ▶
 - Σε μεγαλύτερους, διηθητικούς όγκους στο κατώτερο ορθό: **neoadjuvant ακτινο-χημειο- προς επίτευξη συρρίκνωσης του όγκου**, σε μια προσπάθεια μετατροπής μιας APR σε επέμβαση διάσωσης του σφιγκτήρα, όπως LAR.
 - τοπικά προχωρημένοι όγκοι, διήθηση γειτονικών οργάνων της πυέλου ή οστικών δομών, **πολυοργανική εκτομή** (π.χ., πυελική exenteration), ακόμη και ως μέρος της διαχείρισης που περιλαμβάνει ή όχι την προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία.
- Για ασθενείς που υποβάλλονται σε διακοιλιακή χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του ορθού, **τα εγγύς, άπω χειρουργικά όρια εκτομής, πρέπει να είναι ιστολογικά ελεύθερα** από καρκίνο για να μειωθεί ο κίνδυνος της τοπικής υποτροπής.
- Επιπλέον, ο χειρουργός θα πρέπει επίσης να εκτελέσει επαρκή **TME**.
- Η TME βελτιώνει τον τοπικό έλεγχο και την επιβίωση των ασθενών ενώ διατηρείται μετεγχειρητικά η ουροποιο- γεννητική λειτουργία **με την διατήρηση των αυτόνομων πυελικών νεύρων**.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Observed survival rates for 9,860 cases with adenocarcinoma of the rectum



Data from the SEER 1973-2005 Public Use File diagnosed in years 1998-2000. Stage I includes 3470; Stage IIA, 2752; Stage IIB, 165; Stage IIC, 268; Stage IIIA, 595; Stage IIIB, 615; Stage IIIC, 761; and Stage IV, 1234.

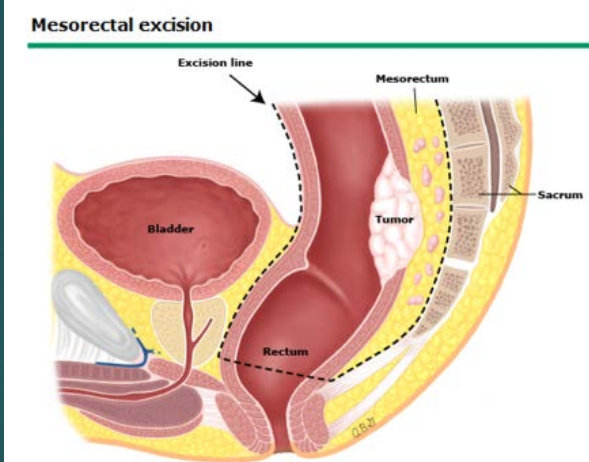
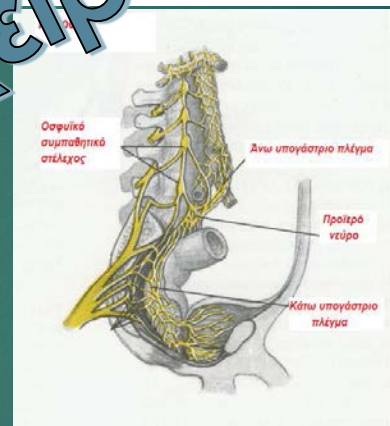
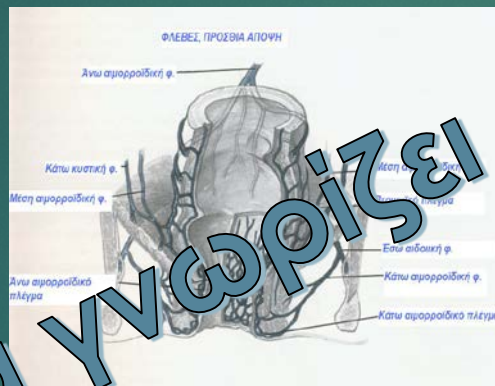
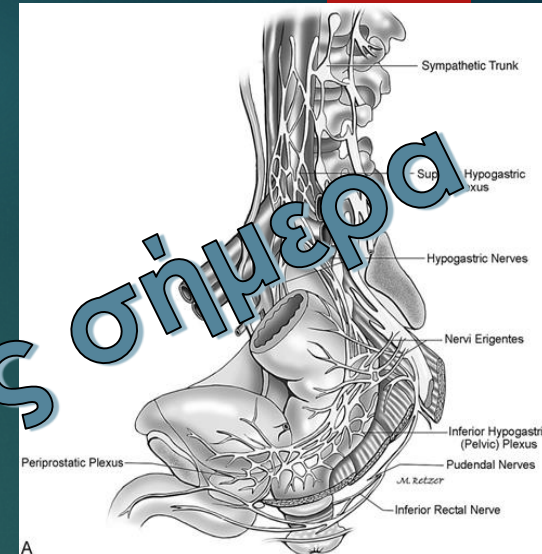
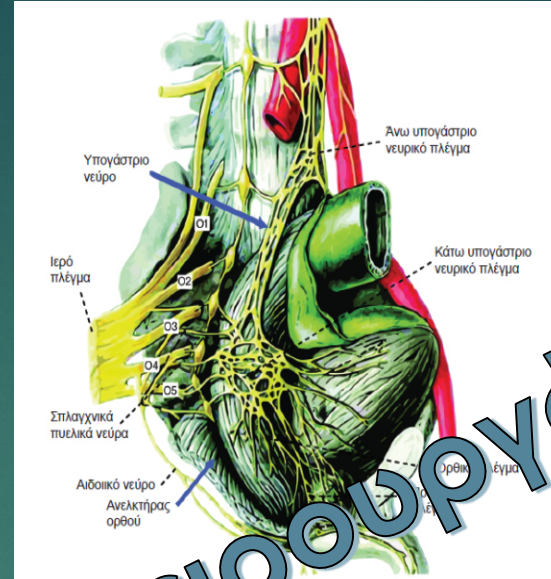
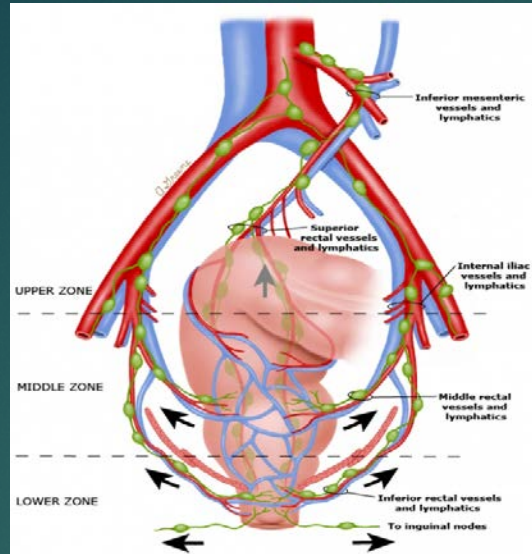
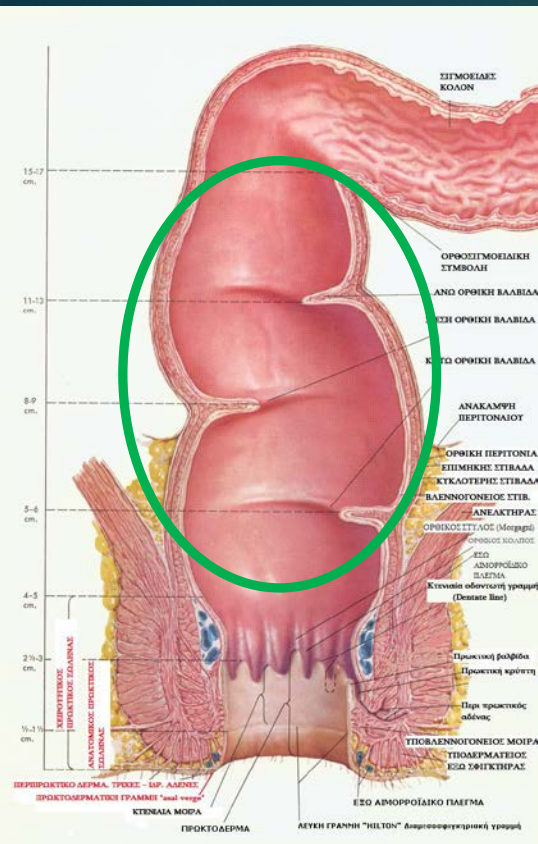
Used with the permission of the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010) published by Springer New York, Inc.

UpToDate®

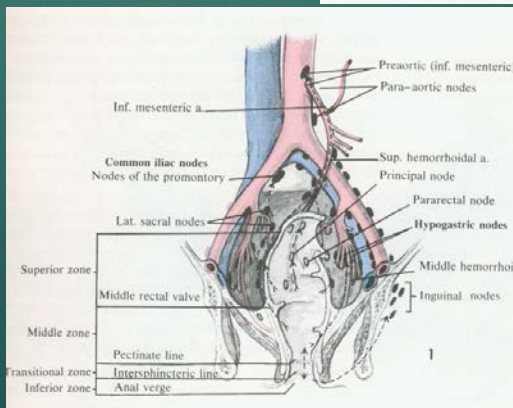
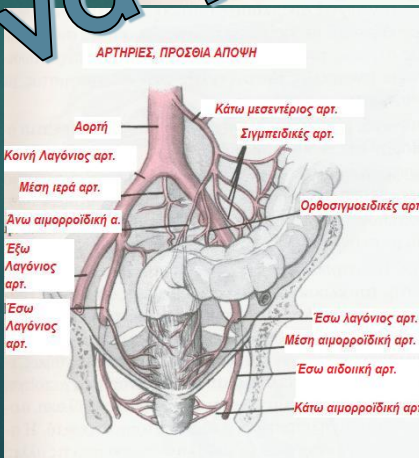
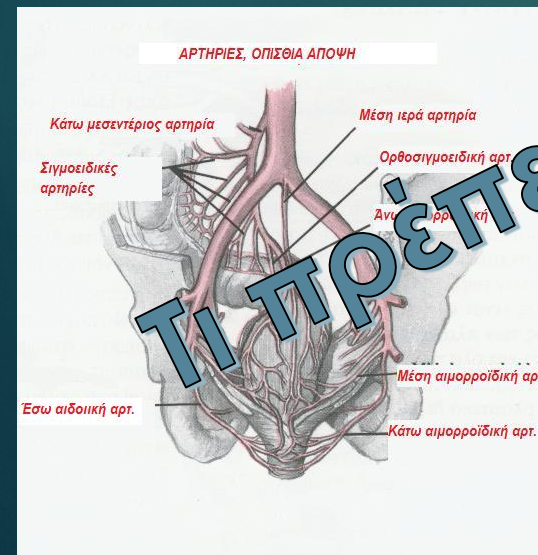
Πίνακας 1. Ανατομικό στάδιο/προγνωστικές ομάδες

Στάδιο	T	N	M	Dukes	MAC
0	T _{is}	N ₀	M ₀	—	
I	T ₁	N ₀	M ₀	A	A
I	T ₂	N ₀	M ₀	A	B ₁
IIA	T ₃	N ₀	M ₀	B	B ₂
IIB	T _{4a}	N ₀	M ₀	B	B ₂
IIC	T _{4b}	N ₀	M ₀	B	B ₃
IIIA	T ₁ -T ₂	N ₁ /N _{1c}	M ₀	C	C ₁
IIIA	T ₁	N _{2a}	M ₀	C	C ₁
IIIB	T ₃ T _{4a}	N ₁ /N _{1c}	M ₀	C	C ₂
IIIB	T ₂ -T ₃	N _{2a}	M ₀	C	C ₁ /C ₂
IIIB	T ₁ -T ₂	N _{2b}	M ₀	C	C ₁
IIIC	T _{4a}	N _{2a}	M ₀	C	C ₂
IIIC	T ₃ T _{4a}	N _{2b}	M ₀	C	C ₂
IIIC	T _{4b}	N ₁ -N ₂	M ₀	C	C ₃
IVA	Any T	Any N	M _{1a}	—	—
IVB	Any T	Any N	M _{1b}	—	—

- ▶ I έως IV: (1991 και του 2008). 296/771 (38%) -**neoadjuvant**.
- ▶ Τα δεκαετή ποσοστά επιβίωσης σταδίου I, II, III και IV: 89, **80** 63 και 11.
- ▶ Μόνο το 1/3 περίπου των θανάτων που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς σταδίου I έως III σχετιζόταν με καρκίνο του ορθού.
- ▶ Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός θανάτων που οφείλεται στον καρκίνο του ορθού εμφανίστηκε μεταξύ 5 και 10 ετών (**επιβίωση σχετιζόμενη με τον καρκίνο 5^{ετή} και 10^{ετή} 73 / 66%**),
- ▶ Τονίζεται η σημασία των μεγαλύτερων περιόδων παρακολούθησης για να αποφευχθεί η υποτίμηση της πραγματικής επιβάρυνσης εκ του καρκίνου του ορθού.



This illustration of a median (sagittal) section of a male pelvis depicts the boundaries for mesorectal excision of a rectal adenocarcinoma.



Total mesorectal excision

Διεπιστημονική διαχείριση

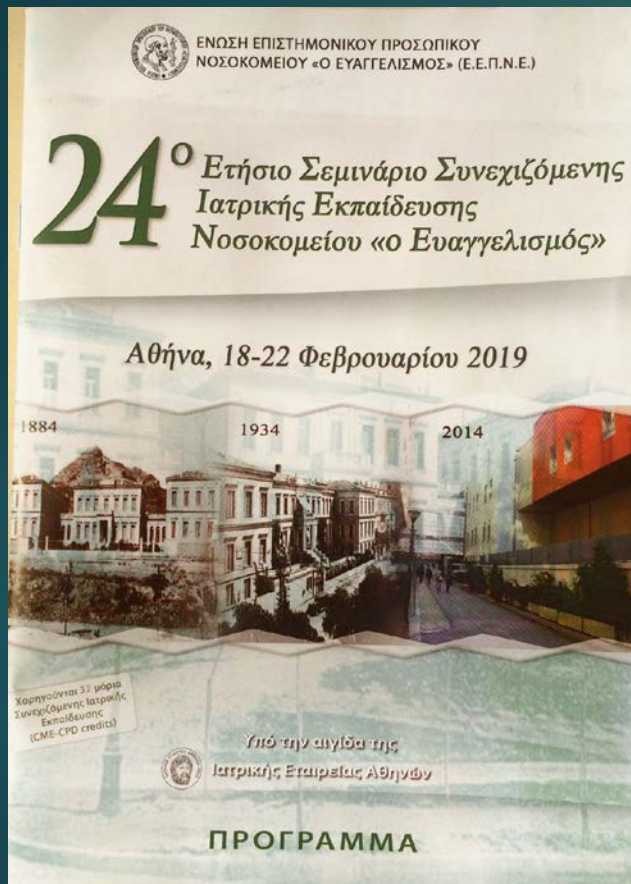
Multidisciplinary management

Τι πρέπει να γνωρίζουμε σήμερα

- ▶ Όλοι οι ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του ορθού, με εξαίρεση εκείνους με cT1N0, πρέπει να παραπέμπονται για **διεπιστημονική αξιολόγηση** (χειρουργική επέμβαση, ογκολογική ακτινοθεραπεία και ογκολογική φαρμακευτική αγωγή).
- ▶ Παρόλο που η χειρουργική εκτομή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας για ασθενείς με δυνητικά εξαιρέσιμο ορθικό καρκίνο, **η RT με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία, (neoadjuvant, adjuvant)** έχει αναδειχθεί σημαντικό συστατικό θεραπείας, για διηθητικούς (transmural) ή με θετικούς λεμφαδένες καρκίνους του ορθού.
- ▶ Στον καρκίνο του κόλου **το μοτίβο αποτυχίας είναι κατά κύριο λόγο η απομακρυσμένη επέκταση,**
- ▶ **η θέση της πρώτης αποτυχίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του ορθού κατανέμεται εξίσου τοπικά (δηλαδή στη πύελο) και σε απομακρυσμένες θέσεις (π.χ. ήπαρ, πνεύμονα).**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- ▶ *Ο ρόλος της ενδοεγχειρητικής RT (IORT)*
- ▶ Διαχείριση σύμφωνα με το αρχικό κλινικό στάδιο
- ▶ Οι τοπικά προχωρημένοι, μη ανεγχείρητοι, ογκώδεις όγκοι, εκτεταμένη λεμφαδενική νόσος –
 - ▶ Υφιστάμενες μακρινές μεταστάσεις –
 - ▶ Δυνητικά εξαιρέσιμες μεταστάσεις –
 - ▶ Μη εξαιρέσιμες μεταστάσεις –
 - ▶ Πρόγνωση



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ

Γρηγ. Θ. Λακιώτης
Δ/ντής ΕΣΥ Β' Χειρουργική Κλινική
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»