



**14<sup>th</sup> INTERNATIONAL POSTGRADUATE COURSE:  
“Advances in Diagnosis and Management of Abdominal Diseases”**

Athens, Greece  
December 7-9, 2006  
Athens Hilton Hotel

**ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ**

**Πολλά χρόνια ζωής, σε αντίθεση με ότι συνέβαινε μέχρι πρόσφατα, χαρίζουν σήμερα στους ασθενείς με καρκίνο οι επιστήμονες στη χώρα μας. Το επίτευγμα αυτό πραγματοποιείται με τη βοήθεια της βιολογικής θεραπείας, των νέων τεχνολογικών εξελίξεων, αλλά κυρίως με την αλλαγή πολιτικής όσον αφορά στις ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης.**

**Τα νέα επαναστατικά αποτελέσματα έρχονται να ανατρέψουν το γεγονός ότι μέχρι πρόσφατα ο μέσος χρόνος επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος έφτανε τους 4 με 5 μήνες, μετά την διάγνωση, ενώ με τα νέα δεδομένα έχει φτάσει στα 3 με 4 χρόνια!!!**

**Ταυτόχρονα, όταν οι εγχειρήσεις πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα κέντρα από εξειδικευμένους γιατρούς η θνησιμότητα είναι μικρότερη του 2%, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο του 25% των ασθενών ζει περισσότερα από 5 χρόνια!!!**

Αυτά μεταξύ άλλων τόνισε σήμερα σε Συνέντευξη Τύπου ο καθηγητής χειρουργικής κ. Νίκος Λυγιδάκης με την ευκαιρία της πραγματοποίησης στην Αθήνα του 14ου Διεθνούς Συνεδρίου Χειρουργικής Ογκολογίας για τις «Νεώτερες εξελίξεις στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πεπτικού συστήματος».

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί από τις **7 έως τις 9 Δεκεμβρίου 2006** στην Αθήνα, **υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Συνδέσμου Χειρουργών, Γαστρεντερολόγων και Ογκολόγων.**

Όπως διευκρίνισε ο κ. Λυγιδάκης, τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται στις **νέες τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της χειρουργικής**, αλλά κυρίως στην **αλλαγή της πολιτικής** όσον αφορά στις **ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου.**

### Σημαντικές ελπίδες από τη χορήγηση βιολογικών φαρμάκων

Μονοκλωνικά αντισώματα στη μάχη κατά του καρκίνου με στόχο την **εξουδετέρωση ειδικών αυξητικών παραγόντων**, που προάγουν την **εξάπλωση του όγκου, τη διασπορά του και την ανάπτυξη μεταστάσεων**, είναι η τελευταία επανάσταση της Ιατρικής κατά του καρκίνου, ειδικότερα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ο οποίος παρατηρείται στην Ευρώπη σε συχνότητα **455.000 νέων ασθενών κατά έτος.**

Ένα από τα φάρμακα είναι το **Beracizumab**, εγκεκριμένο από FDA και E.E.. Μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο δοκιμάστηκε με άριστα αποτελέσματα σε 925 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου. Γίνεται ανεκτό χωρίς παρενέργειες, σε συνδυασμό με τα κλασικά φάρμακα χημειοθεραπείας. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με **καρκίνο παγκρέατος, μαστού, ήπατος, στομάχου και ωοθηκών.**

Το **Cetuximab** είναι ένα άλλο μονοκλωνικό αντίσωμα που εξουδετερώνει τον επιδερμικό αυξητικό παράγοντα (E.G.F.), έναν ακόμη βιολογικό παράγοντα διασποράς του όγκου.

Άλλο είδος βιολογικής θεραπείας αποτελεί η **ανοσοδιέγερση**, η οποία επιτυγχάνεται μέσω τοπικής κατευθυνόμενης ανοσοθεραπείας. Με τον τρόπο αυτό, τα ανοσοθεραπευτικά φάρμακα, ενεργοποιούν τα ειδικά λεμφοκύτταρα (T.I.L. cells), τα οποία αρχίζουν να νεκρώνουν τα καρκινικά κύτταρα γεγονός που συμβάλλει στη σημαντική μείωση του μεγέθους του καρκίνου.

Άλλος τρόπος ανοσοδιέγερσης είναι μέσω **καλλιέργειας λεμφοκυττάρων (T.I.L.) cells** από τον ίδιο τον όγκο και **πρόκληση ανοσοδιέγερσης in vitro**, δηλαδή στο εργαστήριο. Αυτό επιτυγχάνεται με την επώαση σε 10 ημέρες των

T.I.L. cells με κυτοκίνες και την εν συνεχεία χορήγηση τους στον ασθενή, **τόσο τοπικά όσο και συστηματικά ενδοφλεβίως.**

Πάλι έχουμε καταστροφή των καρκινικών κυττάρων τόσο τοπικά, όσο και σε περίπτωση μεταστάσεων του όγκου, αφού τα χορηγούμενα ενεργοποιημένα T.I.L. cells κυκλοφορούν σε όλο τον οργανισμό και κατευθύνονται τόσο στον όγκο όσο και σε τυχόν εστιάσεις δευτεροπαθούς εντόπισης.

Οι προαναφερθείσες καλλιέργειες διατηρούνται για κάθε ασθενή χωριστά 2, 3 και 4 χρόνια, εξασφαλίζοντας έτσι διαχρονικά δυνατότητες μακράς θεραπείας.

**Ο τρίτος τρόπος** κυτταρικής ανοσοδιέγερσης επιτυγχάνεται μέσω πλασμαφαίρεσης με την οποία απομονώνονται και καλλιεργούνται από το αίμα του ασθενή τα λεγόμενα **LAK cells**, δηλαδή ειδικοί υποπληθυσμοί λεμφοκυττάρων που έχουν την ίδια λειτουργική δυνατότητα με τα προαναφερθέντα T.I.L. cells.

**Με τις προαναφερθείσες εξελίξεις, η σημερινή απάντηση της Ιατρικής στη μάχη κατά του καρκίνου ανοίγει νέα σύνορα, οριοθετεί νέες δυνατότητες για όλους τους καρκινοπαθείς και τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το μέλλον με πίστη και αισιοδοξία.**

### **Κλινική Εφαρμογή**

Η κλινική εφαρμογή της βιολογικής θεραπείας, σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς παράλληλη χορήγηση χημειοθεραπείας, είχε σημαντικά αποτελέσματα στον αγώνα κατά του καρκίνου.

Ειδικότερα για τον καρκίνο του **παχέος εντέρου** η χορήγηση υπό την μορφή μονοκλωνικών αντισωμάτων της αγγειογένεσης και των αυξητικών παραγόντων, αποδείχτηκε μέσω σωρείας κλινικών μελετών ότι **αυξάνει τον αναμενόμενο χρόνο επιβίωσης των ασθενών αλλά και την ποιότητα της ζωής τους.**

**Για πρώτη φορά στον κόσμο εφαρμόστηκε σε μια σειρά ασθενών με καρκίνο ήπατος και καρκίνο παγκρέατος, τοπική χορήγηση βιολογικών φαρμάκων και δη αναστολέων της αγγειογένεσης.**

Τα **αποτελέσματα είναι άκρως ικανοποιητικά** και ανακοινώθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά μεγάλου κύρους και σε εθνικό χειρουργικό συνέδριο της Ιαπωνίας. Η τοπική χορήγηση βιολογικών φαρμάκων γίνεται με τον γνωστό μηχανισμό της τοπικής κατευθυνόμενης χημειοθεραπείας και είναι απαλλαγμένη παρενεργειών και επιπλοκών.

Συνδυάζεται με την εγχείρηση και διενεργείται είτε προ της χειρουργικής επέμβασης με στόχο την πρόκληση νέκρωσης του όγκου, είτε μετά την εγχείρηση, προκειμένου να περιοριστεί η δυνατότητα τοπικής υποτροπής και της διασποράς του.

Στους **ασθενείς** στους οποίους χορηγήθηκε **προ της εγχειρήσεως** διαπιστώθηκε με ιστολογική εξέταση μετά την εγχείρηση **σημαντικού βαθμού νέκρωση** του όγκου, που σε μερικούς έφτασε **στο ποσοστό 100%**.

### **Βλαστοκύτταρα: σύμμαχος στον αγώνα κατά του καρκίνου του ήπατος**

Η τελευταία εξέλιξη της χειρουργικής του ήπατος είναι η **χρησιμοποίηση βλαστοκυττάρων** προεγχειρητικά σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και οι οποίοι λόγω ηπατικής δυσπραγίας (ηπατίτιδας, αλκοολισμού, χημειοθεραπείας) εμφανίζουν μειωμένη ηπατική λειτουργική εφεδρεία.

Σε αυτούς τους ασθενείς, λόγω του κινδύνου μετεγχειρητικής ηπατικής ανεπάρκειας, εφαρμόζεται η στρατηγική της χειρουργικής σε δύο χρόνους. Στον πρώτο χρόνο διενεργείται, είτε μέσω της επεμβατικής ακτινοβολίας είτε χειρουργικά, εκτροπή του αίματος της πυλαίας φλέβας από τον ηπατικό λοβό που φιλοξενεί τον καρκίνο στον υγιή λοβό.

Συγχρόνως γίνεται έγχυση βλαστοκυττάρων που προέρχονται από τον ίδιο τον ασθενή και τα οποία χορηγούνται στον υγιή ηπατικό λοβό. **Τα βλαστοκύτταρα αυτά μέσα σε χρονικό διάστημα 40-45 ημερών μετατρέπονται σε υγιή ηπατικά κύτταρα, συμβάλλοντας κατά τρόπο καταλυτικό στη βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας του υγιούς ηπατικού λοβού.**

Με αυτόν τον τρόπο η **εγχείρηση ηπατεκτομής** που διενεργείται 45-50 ημέρες μετά την πρώτη θεραπευτική παρέμβαση (ακτινολογική ή χειρουργική) **καθίσταται ακίνδυνη και η πιθανότητα ηπατικής ανεπάρκειας** μετά την ηπατεκτομή, ουσιαστικά **εκμηδενίζεται**.

### **Καρκίνος Παγκρέατος: σημαντική βελτίωση του χρόνου επιβίωσης**

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του παγκρέατος άλλαξαν ριζικά. **Σήμερα υπάρχει η δυνατότητα να χειρουργούνται ασθενείς που μέχρι πέρσι θεωρούνταν μη εγχειρήσιμοι.**

Η κατάκτηση αυτή είναι σημαντικό βήμα προόδου γιατί **μεταφράζεται σε χρόνια ζωής για χιλιάδες ασθενείς** Η μετά την εγχείρηση παγκρέατος διενεργούμενη χημειοθεραπεία έχει αποδεχτεί μέσα από σειρά κλινικών μελετών, πολλές από τις οποίες προέρχονται από την χώρα μας, ότι προσθέτει όχι μόνο επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης, αλλά και σημαντική βελτίωση της ποιότητας της μετά της εγχείρησης ζωής.

### **Καρκίνος Παχέος Εντέρου**

Οι κακοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου είναι μεταξύ των πλέον συχνών καρκίνων στο γενικό πληθυσμό.

Ο μεγαλύτερος επιπολασμός συμβαίνει σε ανεπτυγμένες χώρες Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Βόρεια Αμερική και Ευρώπη ενώ μικρότερος στην Αφρική και την Ασία (με εξαίρεση την Ιαπωνία).

Ο αθροιστικός κίνδυνος για την ανάπτυξη της νόσου κατά την διάρκεια της ζωής είναι 6%. Η συνολική 5ετής επιβίωση αναφέρεται στο 60%.

### **Επιδημιολογία**

Η νόσος εμφανίζεται σε μεγαλύτερους κυρίως ασθενείς, που διανύουν την 6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής τους. Εντούτοις, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και το 4% όλων των περιπτώσεων συμβαίνει σε ασθενείς μικρότερους των 45 ετών. Η συχνότητα είναι η ίδια στα δύο φύλα, **με σχετικά μικρότερη** σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.

Η **παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο περισσότερο** στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής, οι Ασιάτες και οι Ισπανόφωνοι πληθυσμοί έχουν σημαντικά μικρότερη συχνότητα συγκρινόμενοι με τους λευκούς της Αμερικής.

**Πληθυσμιακές μελέτες δείχνουν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου με μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ιδιαίτερα των ωμών.** Αυξημένος είναι ο κίνδυνος μεταξύ **των καπνιστών του τσιγάρου, του πούρου και αυτών που χρησιμοποιούν πίπα** ιδιαίτερα μετά από μακροχρόνια χρήση. Όμοια και η **χρήση του αλκοόλ.**

### **Συμπτωματολογία της νόσου**

Η αιμορραγία από τον ορθό είναι το πιο συχνό σύμπτωμα και θα πρέπει να εξετάζεται σε μεσήλικες και γηραιότερους ασθενείς. Αλλαγή στις συνήθειες του παχέος εντέρου (διάρροια ή δυσκοιλιότητα) μπορεί να παρατηρηθεί σε περιφερικές βλάβες. Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να είναι ήπιος και να μην εντοπίζεται είτε μπορεί να είναι κολικοειδής, εάν υπάρχει απόφραξη. Μη ειδικά συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, κακουχία, αναιμία και σποραδικός πυρετός είναι σημάδια προχωρημένης νόσου. Περίπου 15% των ασθενών παρουσιάζονται με απόφραξη. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο διάτρησης του παχέος εντέρου με αποτέλεσμα περιτονίτιδα, ανάπτυξη αποστημάτων, συμφύσεις με άλλα όργανα και δημιουργία συριγγίων.

Η κλινική εξέταση σπάνια αποκαλύπτει ανωμαλίες εκτός και αν υπάρχει μεγάλη ψηλαφητή μάζα, είτε μεταστατική νόσος με ψηλαφητό ανώμαλο ήπαρ, λεμφαδενοπάθεια, είτε ασκίτης (συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα).

### **Θεραπεία**

Η **κολονοσκοπική** πολυπεκτομή μπορεί να είναι ικανοποιητική σε κακοήθη πολύποδα με καλά κριτήρια. Η επανάληψη της κολονοσκόπησης θα πρέπει να γίνεται σε 3 έως 6 μήνες, κατόπιν σε ένα έτος και μετέπειτα ανά 3 έτη.

Νεότερες εξελίξεις στην χειρουργική πρακτική είναι:

1. Η πλήρης εκτομή του μεσορθού κατά τη διάρκεια της λεμφαδενεκτομής της πυέλου για τον καρκίνο του ορθού.
2. Η ανάπτυξη των κυκλιδικών ενδοαυλικών συρραπτήρων που βοηθούν στην διενέργεια της αναστόμωσης του παχέος εντέρου μέχρι και η πλήρης εκτομή του μεσορθού κατά τη διάρκεια της λεμφαδενεκτομής της πυέλου για τον καρκίνο του ορθού.
3. Η ανάπτυξη των κυκλιδικών ενδοαυλικών συρραπτήρων, που βοηθούν στην διενέργεια της αναστόμωσης του παχέος εντέρου μέχρι και δύο εκατοστά από τον σφιγκτήρα, με αποτέλεσμα τη φυσιολογική λειτουργία της αφόδευσης, χωρίς τη δημιουργία κολοστομίας.
4. Τα ψαλίδια με υπερήχους που βοηθούν στην γρήγορη και αναίμακτη εκτομή του παχέος εντέρου.
5. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία είτε προεγχειρητική περιοχική υπερθερμία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, για την αποφυγή τοπικής υποτροπής σε όγκους του ορθού.
6. Η προσεκτική διατήρηση της συμπαθητικής και παρασυμπαθητικής νευρώσεως για την ελαχιστοποίηση της στυτικής δυσλειτουργίας και της ανάπτυξης νευρογενούς ουροδόχου κύστεως.
7. Οι εκτεταμένες εκτομές με εκτομή όλων των διηθημένων ιστών μπορούν να δώσουν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Η 5ετής επιβίωση ασθενών που έχει διηθηθεί ένα ή περισσότερα γειτνιάζοντα όργανα είναι 62% και 38% στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της νόσου αντίστοιχα.
8. Η δημιουργία θυλάκου από λεπτό έντερο για τη ρύθμιση των κενώσεων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ολική κολεκτομή.