

Περιβάλλον &
Κάπνισμα
Καρκίνος Πνεύμονα

2
0
1
0

25-26

Σεπτεμβρίου
Aristoteles Hotel
Χαϊκιδική







Χειρουργική Αντιμετώπιση Καρκίνου του Πνεύμονα

Κλέωντας Αθανάσιος

Ειδικευόμενος Ιατρός

Χειρουργικής Θώρακος, Καρδιάς & Μεγάλων Αγγείων

Θωρακοχειρουργική Κλινική

Α.Ν.Θ. Θεαγένειο

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πνεύμονα παγκοσμίως θεωρείται μία νόσος με **δυσμενή πρόγνωση** και **μικρή επιβίωση**, ειδικά όταν στην αρχική σταδιοποίηση κρίνεται **ανεγχείρητος**. Παρακάτω θα σας παρουσιάσουμε ορισμένα περιστατικά που δείχνουν ότι σε μερικές περιπτώσεις ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να είναι και **ιάσιμη νόσος**.

Εισαγωγή

Case Report 1

Στοιχεία Ασθενούς

Διάγνωση

Αρχική Σταδιοποίηση

Θεραπευτικό Σχήμα

Τελική Σταδιοποίηση

Συμπέρασμα

Case Report 2

Στοιχεία Ασθενούς

Διάγνωση

Αρχική Σταδιοποίηση

Θεραπευτικό Σχήμα

Τελική Σταδιοποίηση

Συμπέρασμα

Case Report 3

Στοιχεία Ασθενούς

Διάγνωση

Αρχική Σταδιοποίηση

Θεραπευτικό Σχήμα

Τελική Σταδιοποίηση

Συμπέρασμα

Case Report 4

Στοιχεία Ασθενούς

Διάγνωση

Αρχική Σταδιοποίηση

Θεραπευτικό Σχήμα

Τελική Σταδιοποίηση

Συμπέρασμα

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery

Resident

Copyright 2010



http://en.wikipedia.org/wiki/Lung_cancer_staging



Εισαγωγή

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα εξαρτάται από την έκταση της νόσου.

Οι τρεις κλασικοί τρόποι θεραπείας

Χειρουργική
Χημειοθεραπεία
Ακτινοβολία

δίνουν πολλές φορές καλά αποτελέσματα μέχρι και πλήρη ίαση, όταν η νόσος βρίσκεται σε αρχικά στάδια.

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



<http://www.oncology-center.gr>



Εισαγωγή

Η επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες κυριότεροι από τους οποίους είναι οι ακόλουθοι:

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του πνεύμονα

Το μέγεθος και η ανατομική θέση του όγκου (σταδιοποίηση)

Η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή (βιολογική ηλικία, συνοδά νοσήματα κλπ)

Σταδιοποίηση



International Association for the Study of Lung Cancer

TNM Stage Grouping Table

T and M		N0	N1	N2	N3
6th edition TNM	7th edition TNM	Stg	Stg	Stg	Stg
T1 (<=2cm)	T1a	IA	IIA	IIIA	IIIB
T1 (>2 – 3 cm)	T1b	IA	IIA	IIIA	IIIB
T2 (<=5cm)	T2a	IB	IIA (IB)	IIIA	IIIB
T2 (>5-7cm)	T2b	IIA (IB)	IIB	IIIA	IIIB
T2 (>7cm)	T3	IIB (IB)	IIIA (IB)	IIIA	IIIB
T3 invasion		IIB	IIIA	IIIA	IIIB
T4 (same lobe nodules)	T4	IIB (IIIB)	IIIA (IIIB)	IIIA (IIIB)	IIIB
T4 (extension)		IIIA (IIIB)	IIIA (IIIB)	IIB	IIIB
M1 (ipsilateral lung)	M1a	IIIA (IV)	IIIA (IV)	IIIB (IV)	IIIB (IV)
T4 (pleural effusion)		IV (IIIB)	IV (IIIB)	IV (IIIB)	IV (IIIB)
M1 (contralateral lung)		IV	IV	IV	IV
M1 (distant)	M1b	IV	IV	IV	IV

© International Association for the Study of Lung Cancer

Change in classification with 7th edition of TNM from 6th edition in ()

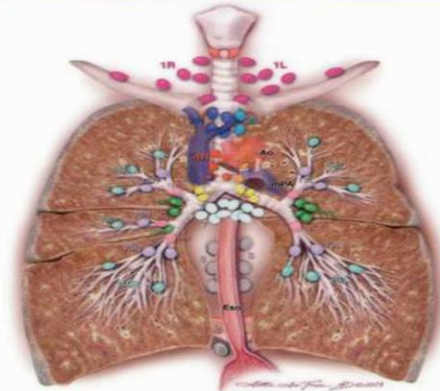
Proceedings leading up to and culminating in the 7th edition of TNM staging classifications were funded by a grant from Eli Lilly and Company to IASLC. Lilly had no input into the proceedings or the TNM staging classifications. This material is provided as an educational service of Lilly USA, LLC, with the permission of IASLC.

Σταδιοποίηση



International Association for the Study of Lung Cancer

Nodal Chart



Supraclavicular zone
 1 Low cervical, supraclavicular, and sternal notch nodes

SUPERIOR MEDIASTINAL NODES

Upper zone
 2R Upper Paratracheal (right)
 2L Upper Paratracheal (left)
 3a Prevascular
 3p Retrotracheal
 4R Lower Paratracheal (right)
 4L Lower Paratracheal (left)

AORTIC NODES

AP zone
 5 Subaortic
 6 Para-aortic (ascending aorta or phrenic)

INFERIOR MEDIASTINAL NODES

Subcarinal zone
 7 Subcarinal
Lower zone
 8 Paraesophageal (below carina)
 9 Pulmonary ligament

N1 NODES

Hilar/Interlobar zone
 10 Hilar
 11 Interlobar
Peripheral zone
 12 Lobar
 13 Segmental
 14 Subsegmental

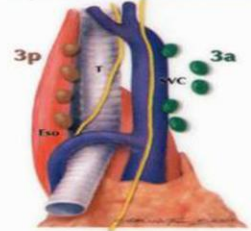
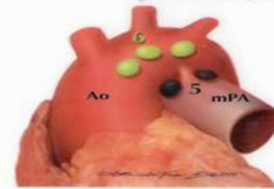


Figure. International Association for the Study of Lung Cancer Nodal Chart with Stations and Zones. Copyright ©2008 Aletta Ann Frazier, MD.

Proceedings leading up to and culminating in the 7th edition of TNM staging classifications were funded by a grant from Eli Lilly and Company to IASLC. Lilly had no input into the proceedings or the TNM staging classifications. This material is provided as an educational service of Lilly USA, LLC, with the permission of IASLC.



Αντιμετώπιση ανάλογα με το στάδιο της νόσου

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΤΑΔΙΟ 0, I, II

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΣΤΑΔΙΟ IIIA

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

+ Χ/Θ

+ Α/Θ

ΣΤΑΔΙΟ IIIB

+ Χ/Θ

+ Α/Θ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΣΤΑΔΙΟ IV

+ Χ/Θ

+ Α/Θ

Αντιμετώπιση ανάλογα με το στάδιο της νόσου

Treatment Recommendations and Future Research Directions in the Management of Non-Small Cell Lung Cancer

Stage	Standard Management	Future Directions
Stage I	Surgical resection	Adjuvant therapy (chemotherapy/radiation or a combination of the two) Chemoprevention
Stage II	Surgical resection	Same as stage I
Stage IIIA	Chemoradiotherapy Surgical resection in selected patients	Neoadjuvant combined-modality therapy to downstage primary tumor
Stage IIIB	Chemoradiotherapy	Neoadjuvant combined-modality therapy to downstage primary tumor
Stage IV	Cisplatin-based chemotherapy* Surgical resection if solitary metastatic lesion with resectable primary tumor	More efficacious single-agent and combination chemotherapy

*Chemotherapy beneficial only in patients with good performance status and weight loss less than 10% of their body weight

Kleontas Athanasios
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



<http://emedicine.medscape.com/article/279960-treatment>



Στόχος

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα έχει ως κύριο στόχο

την πλήρη εξαίρεση της νόσου
χωρίς
μείζονα καρδιοαναπνευστική νοσηρότητα

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Ιστορική Αναδρομή

Πρώτη Λοβεκτομή (Hugh Davies)	1912
Πρώτη επιτυχής πνευμονεκτομή (Graham)	1933
Τμηματεκτομή (Churchill, Belsey)	1940
Sleeve λοβεκτομή (Addison)	1952
Εξαίρεση όγκου Pancoast (Chardak)	1956
Τμηματεκτομή με συρραπτικά (Jensik)	1974

Ενδείξεις Χειρουργικής Θεραπείας

Ασθενείς σταδίου I

Ασθενείς σταδίου II

Ειδικές ομάδες ασθενών σταδίου III

**Ασθενείς με μονήρεις μεταστάσεις
και πλήρως εξαιρεσίμη πρωτοπαθή νόσο**

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Γενικές Αρχές Χειρουργικής Ογκολογίας Πνεύμονα

Στόχος όλων των επεμβάσεων
είναι η πλήρης εξαίρεση της νόσου

Όλα τα χειρουργικά όρια εκτομής
πρέπει να είναι
ελεύθερα νόσου περιλαμβανομένων:
του βρογχικού κολοβώματος
του υπεζωκότος
των λεμφαδένων
των αγγείων - λεμφαγγείων
και οποιουδήποτε άλλου γειτονικού ιστού

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης
φροντίζουμε να **μη διασπαρεί η νόσος**

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Προεγχειρητικός Έλεγχος

Γενικές εξετάσεις

Γενική εξέταση αίματος
Πλήρης βιοχημικός έλεγχος
Έλεγχος πήκτικότητας του αίματος
Λοιμώδεις Δείκτες

Καρδιολογική εκτίμηση

Έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας

Σπιρομέτρηση (FEV1)
Διαχυτική ικανότητα (DLCO)
Δοκιμασία κόπωσης με μέτρηση μέγιστης πρόσληψης
O₂
Σπινθηρογράφημα αερισμού-αιμάτωσης πνευμόνων
Αέρια αρτηριακού αίματος

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Ασθενείς Υψηλού Κινδύνου

Σοβαρό κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε:

Πνευμονεκτομή

και έχουν $FEV1 < 2 \text{ lt}$, $MVV < 55\%$
και $DLCO < 50\%$ του προβλεπομένου

Λοβεκτομή

και έχουν $FEV1 < 1 \text{ lt}$, $MVV < 40\%$
και $DLCO < 40\%$ του προβλεπομένου

Σφηνοειδή εκτομή

και έχουν $FEV1 < 0,6 \text{ lt}$
και $MVV < 35\%$ του προβλεπομένου

Προπαρασκευή για την Επέμβαση

Ο ασθενής:

Διακόπτει το κάπνισμα

Δεν πρέπει να πάσχει από λοίμωξη (πλην πνευμονίας που οφείλεται σε βρογχική απόφραξη)

Είναι σταθεροποιημένος καρδιολογικά (αρρυθμίες, ΣΝ)

Επιβάλλεται να έχει *α/α θώρακος* της προηγούμενης ημέρας από εκείνη της επέμβασης και πρόσφατη *CT θώρακος* (κάτω των 30 ημερών)

Ευπρεπισμός

Ενημέρωση του ασθενούς και ενυπόγραφη συγκατάθεση

Ημέρα Χειρουργείου

Τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα

Τοποθέτηση σωλήνα διπλού αυλού
(double lumen)

Χρήση ινοπτικού βρογχοσκοπίου

Τοποθέτηση ομοπλεύως
κεντρικού φλεβικού καθετήρα

Τοποθέτηση ετεροπλεύως αρτηριακής γραμμής

Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης

Προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Median thoracotomy



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Bilateral thoracotomy



Kleontas Athanasios

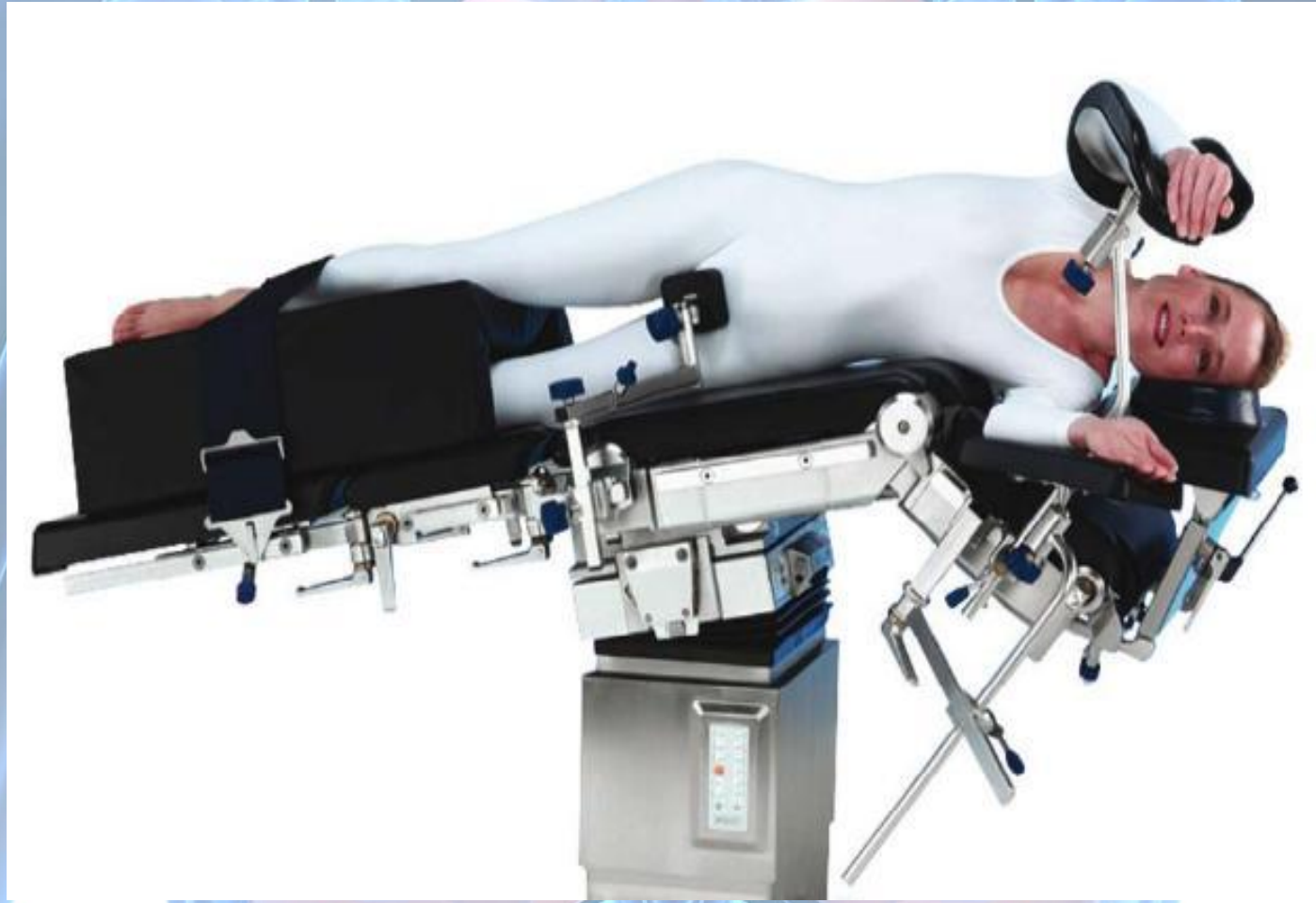
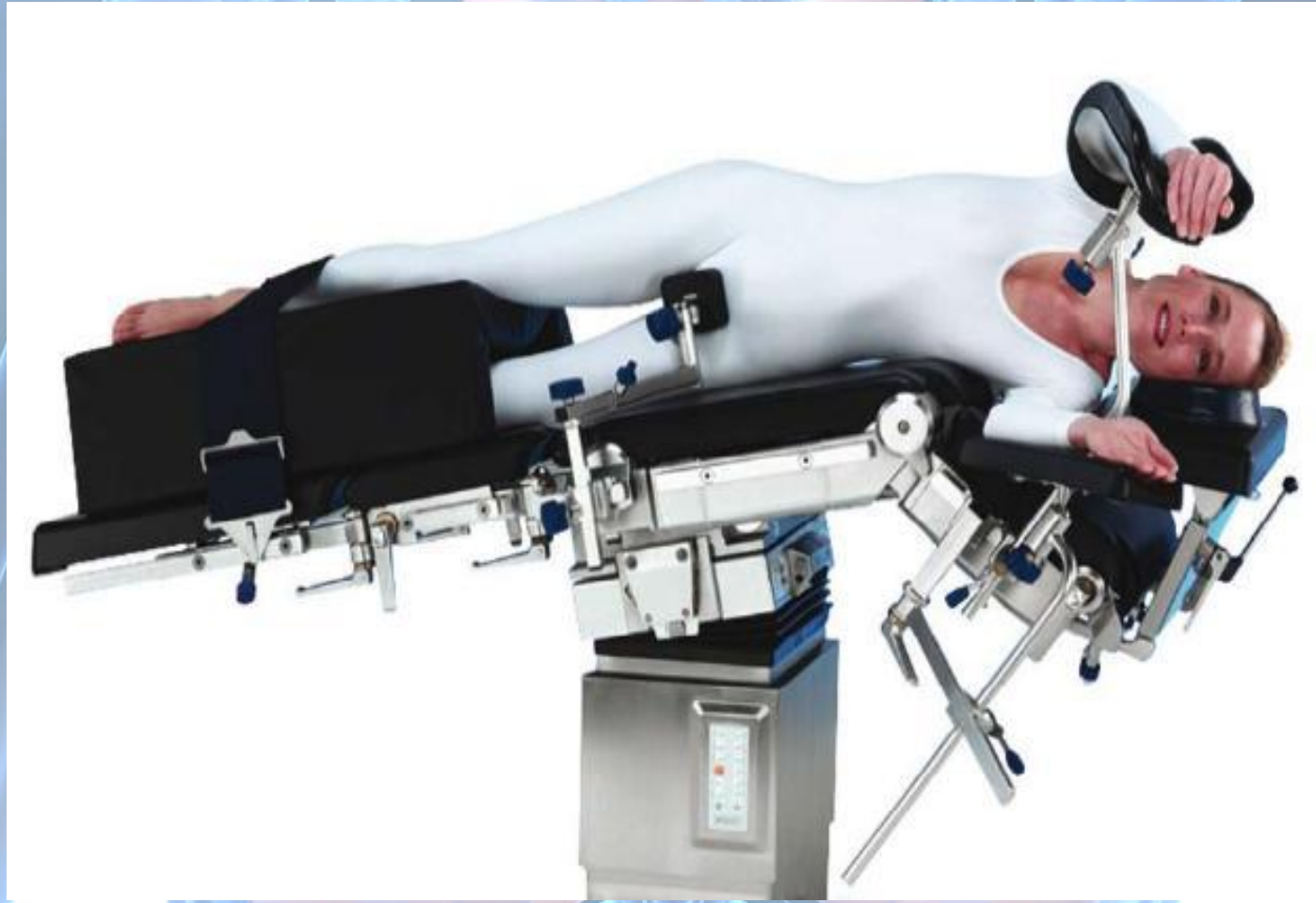
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Lateral thoracotomy



Kleontas Athanasios

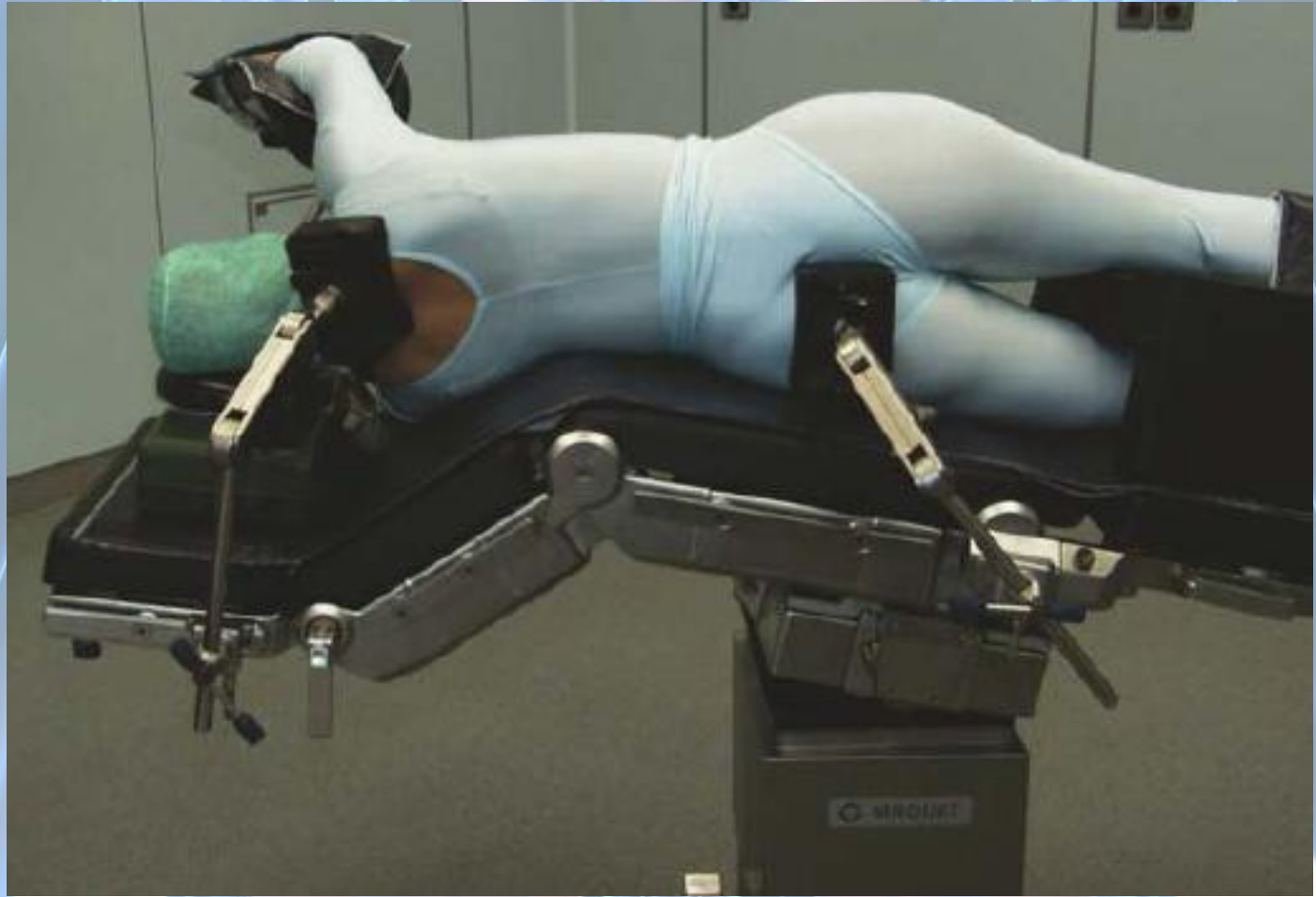
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Lateral thoracotomy



Kleontas Athanasios

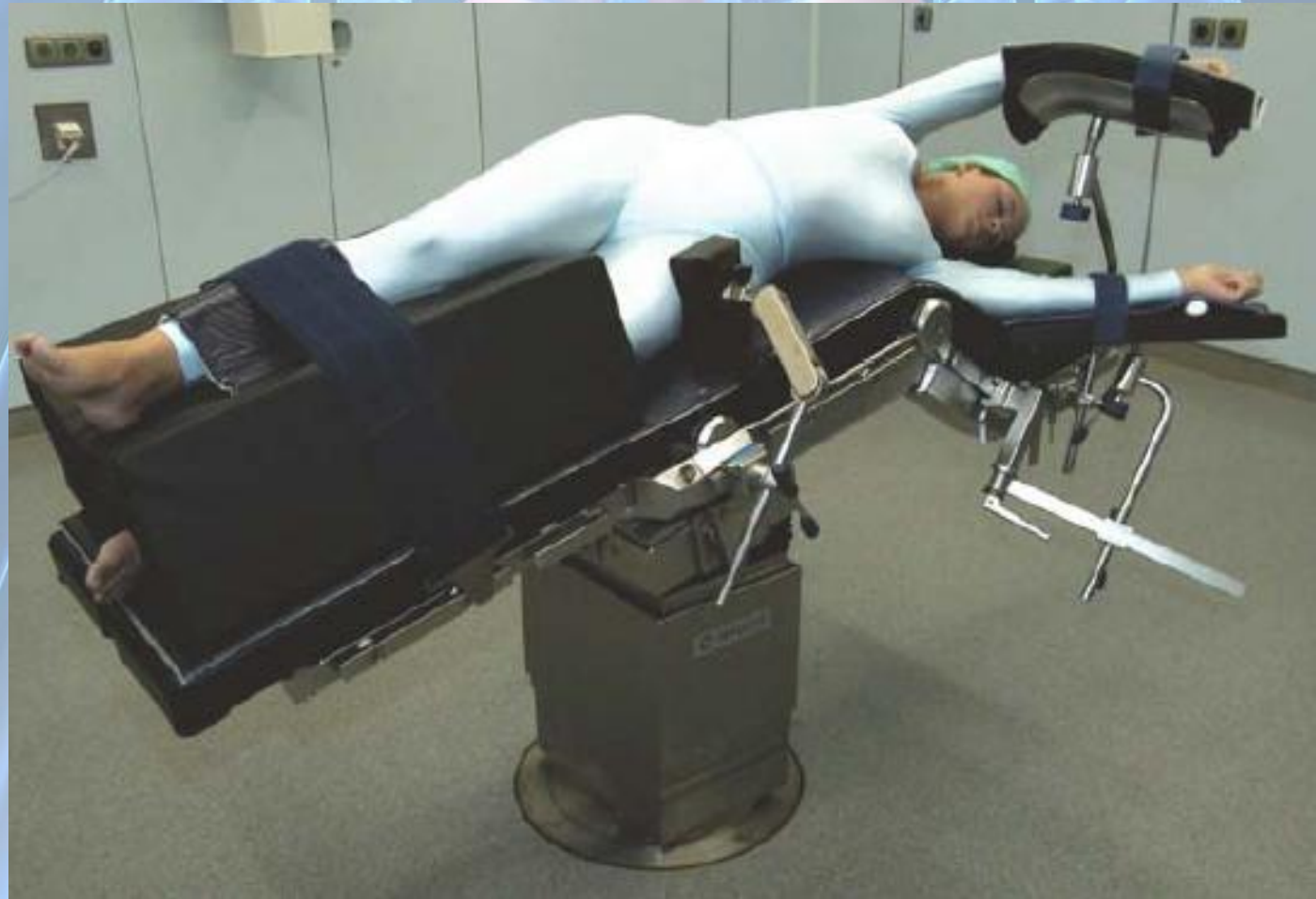
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Modified lateral position



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Θέση Ασθενούς

Anterolateral thoracotomy



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Χειρουργικές Τομές

**Οπισθοπλαγία θωρακοτομή
δια 4ου-5ου μεσοπλευρίου διαστήματος**

**Προσθιοπλαγία τομή
δια 4ου-5ου μεσοπλευρίου διαστήματος
με διατήρηση του πλατέος ραχιαίου μυός**

Μέση στερνοτομή

Mini Θωρακοτομή

Κλεοντας Athanasios

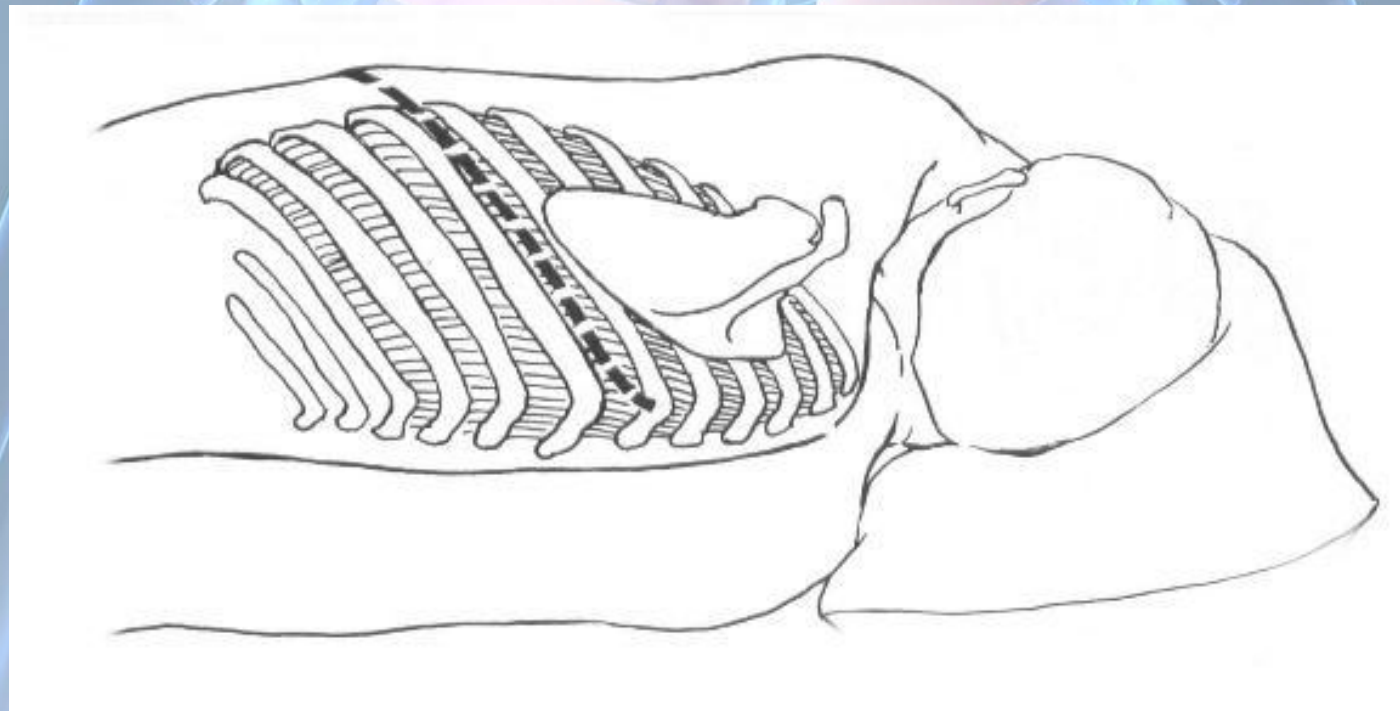
**Cardiothoracic Surgery
Resident**

Copyright 2010



Χειρουργικές Τομές

Οπισθοπλαγία θωρακοτομή
δια 4ου-5ου μεσοπλευρίου διαστήματος



Kleontas Athanasios

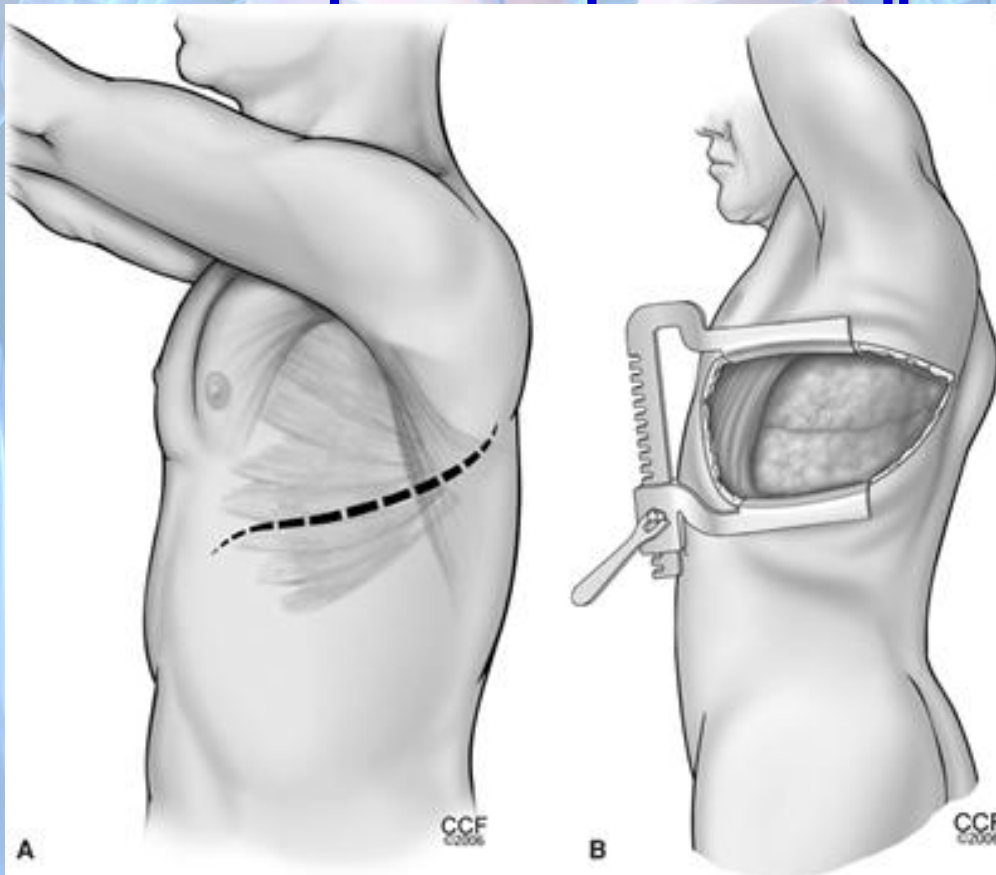
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Χειρουργικές Τομές

Προσθιοπλαγία θωρακοτομή
για 4ου-5ου μεσοπλευρίου διαστήματος



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Χειρουργικές Τομές

Μέση στερνοτομή



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Χειρουργικές Τομές

Mini θωρακοτομή

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Είδη Επεμβάσεων

Πνευμονεκτομή

Λοβεκτομή

Διλοβεκτομή

Τμηματεκτομή

Άτυπη τμηματεκτομή

Σφηνοειδής εκτομή (wedge resection)

*Εκτεταμένες επεμβάσεις είναι αναγκαίες
όταν οι όγκοι διηθούν το θωρακικό τοίχωμα,
το διάφραγμα, το περικάρδιο, τα μεγάλα αγγεία,
τη ΣΣ.*

Kleontas Athanasios

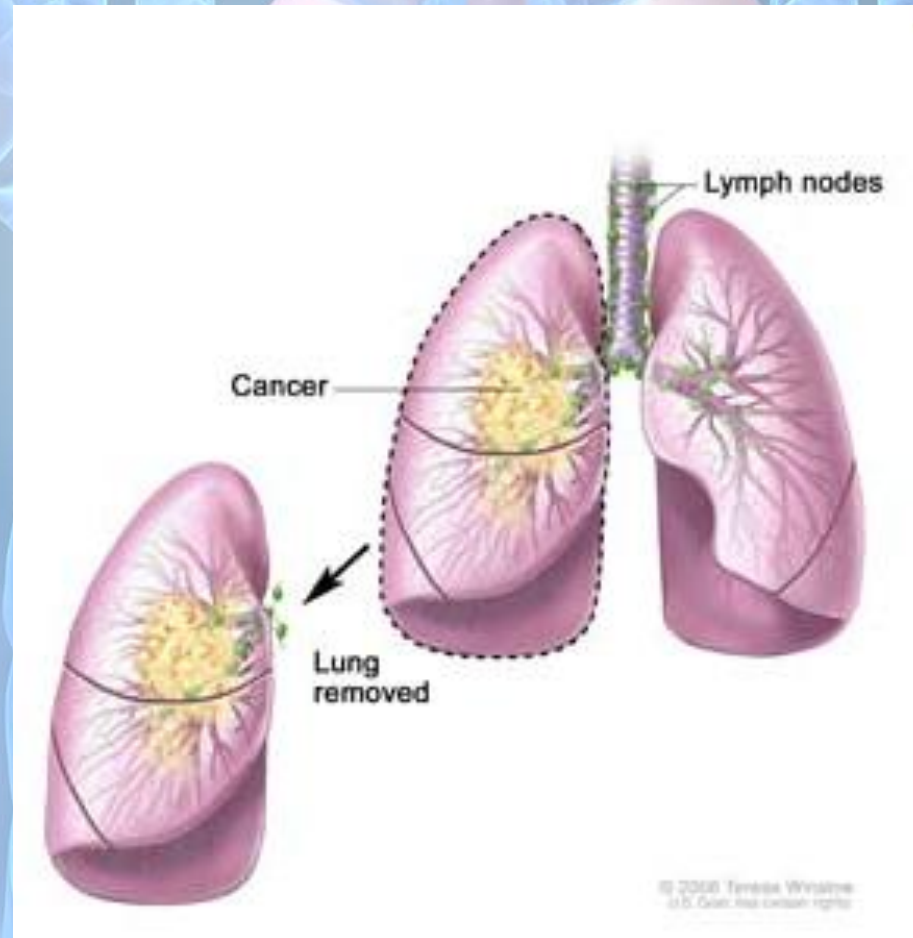
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Είδη Επεμβάσεων

Πνευμονεκτομή



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010

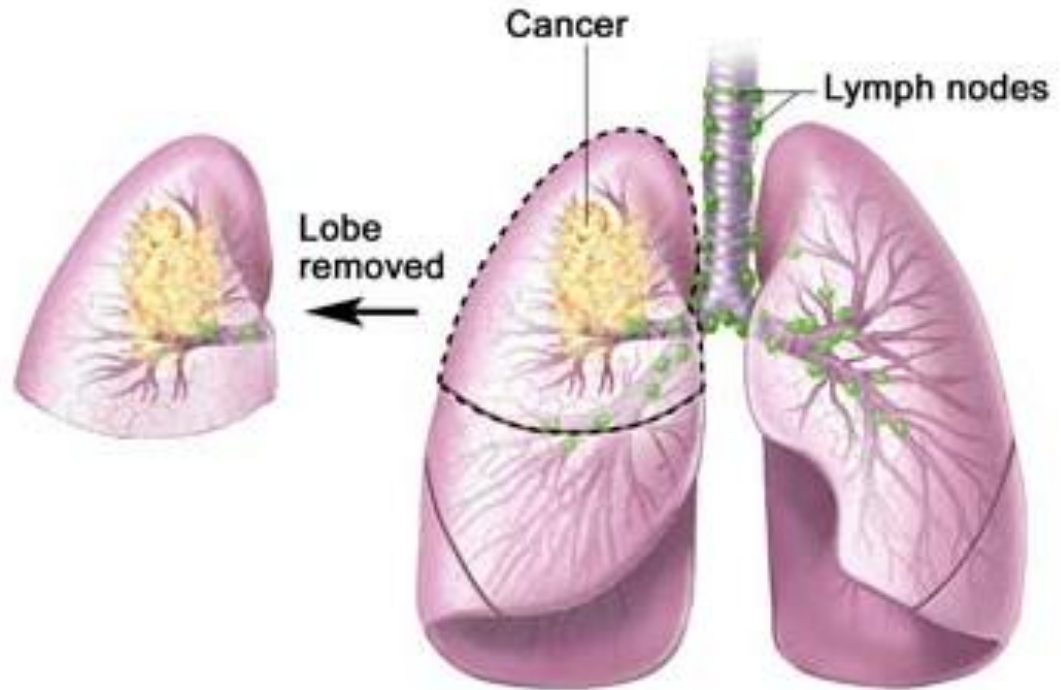


<http://health.msn.com/health-topics/cancer>



Είδη Επεμβάσεων

Λοβεκτομή



© 2006 Teresa Winslow
U.S. Govt. has certain rights.

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010

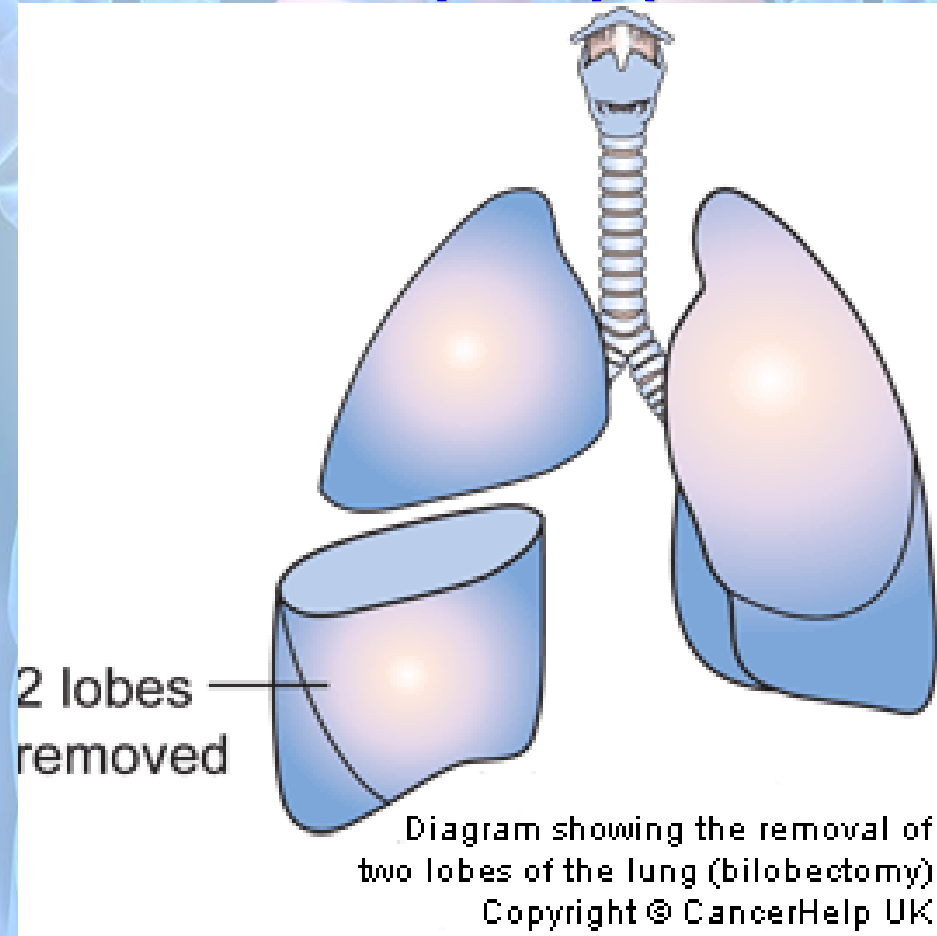


<http://health.msn.com/health-topics/cancer>



Είδη Επεμβάσεων

Διλοβεκτομή



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010

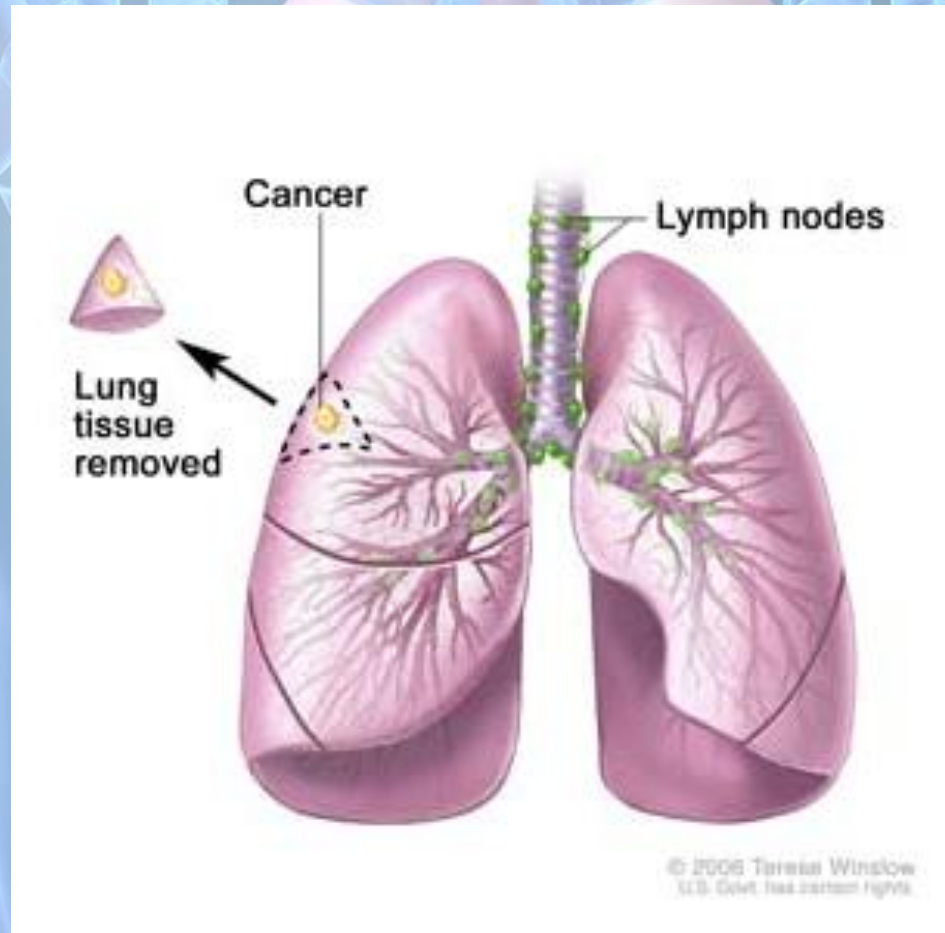


<http://stage123cancer.blogspot.com/2009/07/cancer-treatment-surgery-for-lung.html>



Είδη Επεμβάσεων

Τμηματεκτομή



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



<http://health.msn.com/health-topics/cancer>



Παροχέτευση Ημιθωρακίου

Η μετεγχειρητική παροχέτευση των υγρών της υπεζωκοτικής κοιλότητας και των διαφυγών αέρος είναι επιτακτική

Επί πνευμονεκτομής

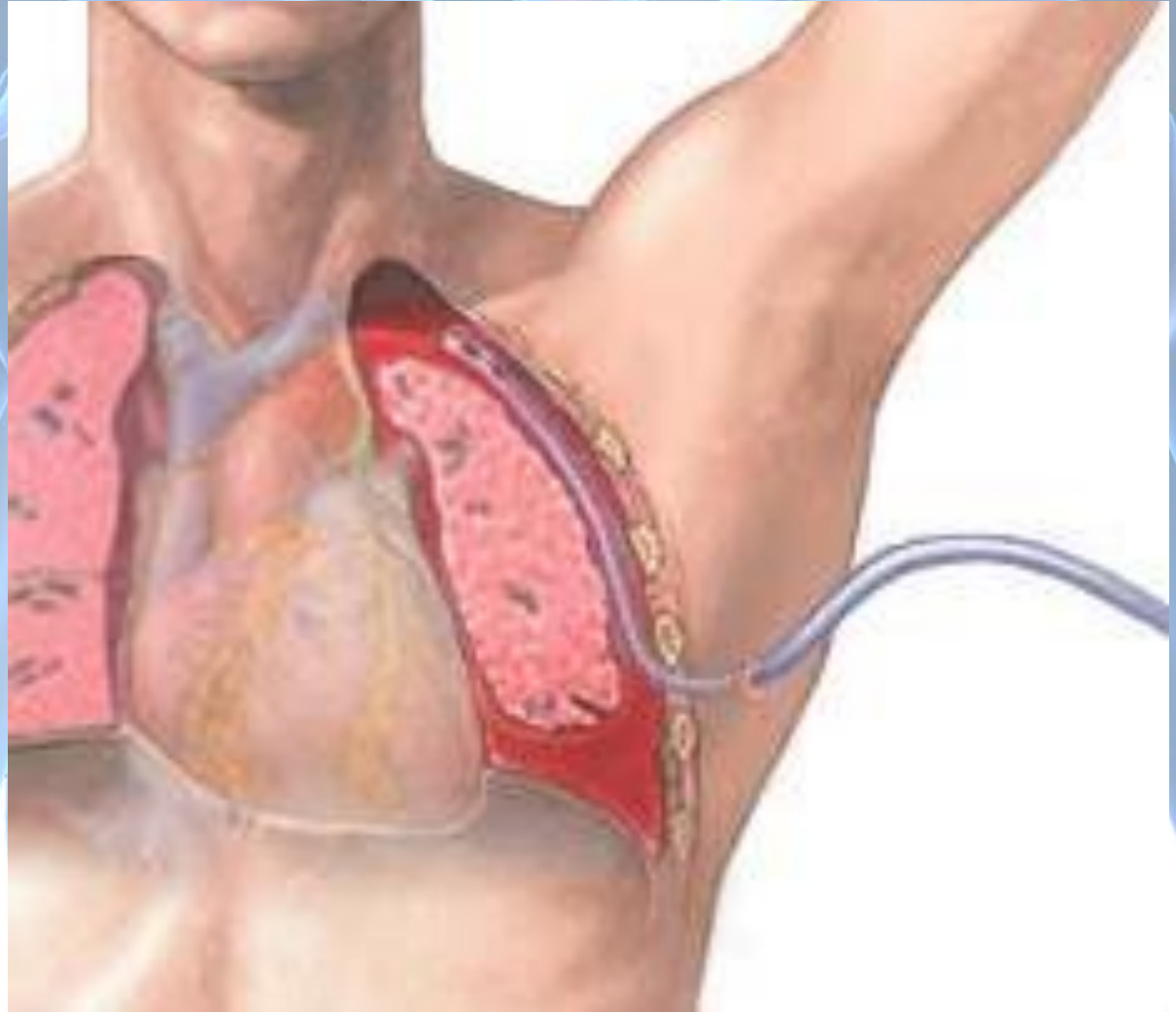
1 παροχέτευση που αφαιρείται εντός 2 ημερών

Επί λοβεκτομής ή διλοβεκτομής

2 παροχέτευσεις υπό αναρρόφηση πίεσης

Οι παροχέτευσεις αφαιρούνται κατά το δυνατόν συντομότερα και εφόσον δεν υπάρχουν διαφυγές αέρα ή μικροβιακή επιμόλυνση και η ποσότητα των παροχέτευομένων υγρών είναι μικρότερη από 200 ml/24h.

Παροχέτευση Ημιθωρακίου



Kleontas Athanasios
Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Επιπλοκές

Κατακράτηση πτυέλων
Κολπική Μαρμαρυγή
Βρογχόσπασμος
Εμφύσημα
Αιμορραγία
Ατελεκτασία
Διαφυγή Αέρα
Πνευμονικό Οίδημα
Πνευμονική Εμβολή
Πνευμονία
Χυλοθώρακας
Συστροφή Λοβού
Υπό τάση Πνευμοθώρακας
Εμπύημα
Βρογχοπλευρικό Συρίγγιο

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Μετεγχειρητική Φροντίδα

Αποσωλήνωση στο χειρουργείο

Μονάδα εντατικής θεραπείας για 24-48 ώρες

Η φυσικοθεραπεία, τα βρογχοδιασταλτικά, τα βλεννολυτικά, οι αναπνευστικές ασκήσεις, και η ταχεία κινητοποίηση ωφελούν τον ασθενή

Την 1η μετεγχειρητική ημέρα ο ασθενής κάθεται σε καρέκλα για 2-4 ώρες, λαμβάνει υγρά και ελαφρά γεύματα

Ο επισκληρίδιος καθετήρας αφαιρείται την 4η μετεγχειρητική ημέρα

Εξιτήριο την 8η -10η ημέρα και επανεξέταση στα Ε.Ι με πρόσφατη ακτινογραφία θώρακος σε 2 εβδομάδες

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Εμπειρία Θωρακοχειρουργική Κλινικής Α.Ν.Θ. Θεαγενείου

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 2000-2009

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ: 548 (359 άνδρες – 189 γυναίκες)

ΕΥΡΟΣ ΗΛΙΚΙΩΝ: 36-81 έτη

ΕΝΤΟΠΙΣΗ: Δεξιός πνεύμονας 62%

Αριστερός πνεύμονας 38%

Δεξιός άνω λοβός 45%

Αριστερός άνω λοβός 28%

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ: Πλακώδες καρκίνωμα (48%)

Αδενοκαρκίνωμα (38%)

ΣΤΑΔΙΟ ΝΟΣΟΥ: Στάδιο I (27%)

Στάδιο II (45%)

Στάδιο III (28%)

ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ: Λοβεκτομή 390

Διλοβεκτομή 51

Πνευμονεκτομή 107

(Συνοδός λεμφαδενικός καθαρισμός πάντοτε)

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: 10 ημέρες

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ: 1.5% (Λοβεκτομή)

4.0% (Πνευμονεκτομή)

Συμπέρασμα

Η χειρουργική αφαίρεση τον όγκου παραμένει η πρώτη επιλογή για τον καρκίνο του πνεύμονα, όταν βρίσκεται σε αρχικά στάδια.

Όταν ο καρκίνος είναι σχετικά σε αρχικό στάδιο, αλλά είναι τοπικά προχωρημένος και η αφαίρεση του είναι δύσκολη, ξεκινά χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία προεγχειρητικά, έτσι ώστε να μικρύνει ο καρκίνος και να γίνει δυνατή η χειρουργική αφαίρεση.

Η πλήρης ίαση επιτυγχάνεται σε μεγάλο ποσοστό των ασθενειών αυτών.

Συμπέρασμα

Η σταδιοποίηση της νόσου
έχει ουσιώδη σημασία
για την εκπόνηση στρατηγικής αντιμετώπισης

Καλά μελετημένοι και επιλεγμένοι ασθενείς
έχουν 5ετή επιβίωση 50%

Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010



Σας Ευχαριστώ !



Kleontas Athanasios

Cardiothoracic Surgery
Resident

Copyright 2010