

Νεότερα δεδομένα  
στην πρόληψη  
και αντιμετώπιση

# ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ II

2-4  
Οκτωβρίου 2020

Ξενοδοχείο  
ELECTRA PALACE,  
Θεσσαλονίκη

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ  
ΜΟΡΙΑ  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
(CME-CPD)



**Θωρακοχειρουργική Ογκολογία**

## Ο ρόλος της χειρουργικής στη N2 νόσο

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, Dr(Med)Sc, BTS



ESTS  
Εισπρόσωπος  
www.ests.org



ΕΕΧΘΑ  
Γραμματέας ΕΣ  
www.hctss.gr



Χειρουργός  
Θώρακος  
www.kleontas.com



Επιστημονικός  
Διευθυντής  
www.galinos.gr



Διαχειριστής  
www.datalife.gr

Ιατρείο  
Ερμού 73, Θεσσαλονίκη  
TK 54623, Ελλάδα  
Τηλ.: +30 2310 271339



Διάουλοι Επικοινωνίας  
e-mail : info@kleontas.com  
κινητό : +30 6936202500

# Εισαγωγή

*... More than 75% of the cases of non-small cell lung cancer (NSCLC) are diagnosed in advanced stages (IIIA-IV)...*

**... περισσότερες από το 75% των περιπτώσεων μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια IIIA - IV**



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

2020



Surgical management of advanced non-small cell lung cancer  
Gonzalo Varela, Pascal Alexandre Thomas  
J Thorac Dis 2014;6(S2):S217-S223



# Εισαγωγή



Εισαγωγή

Ορισμοί

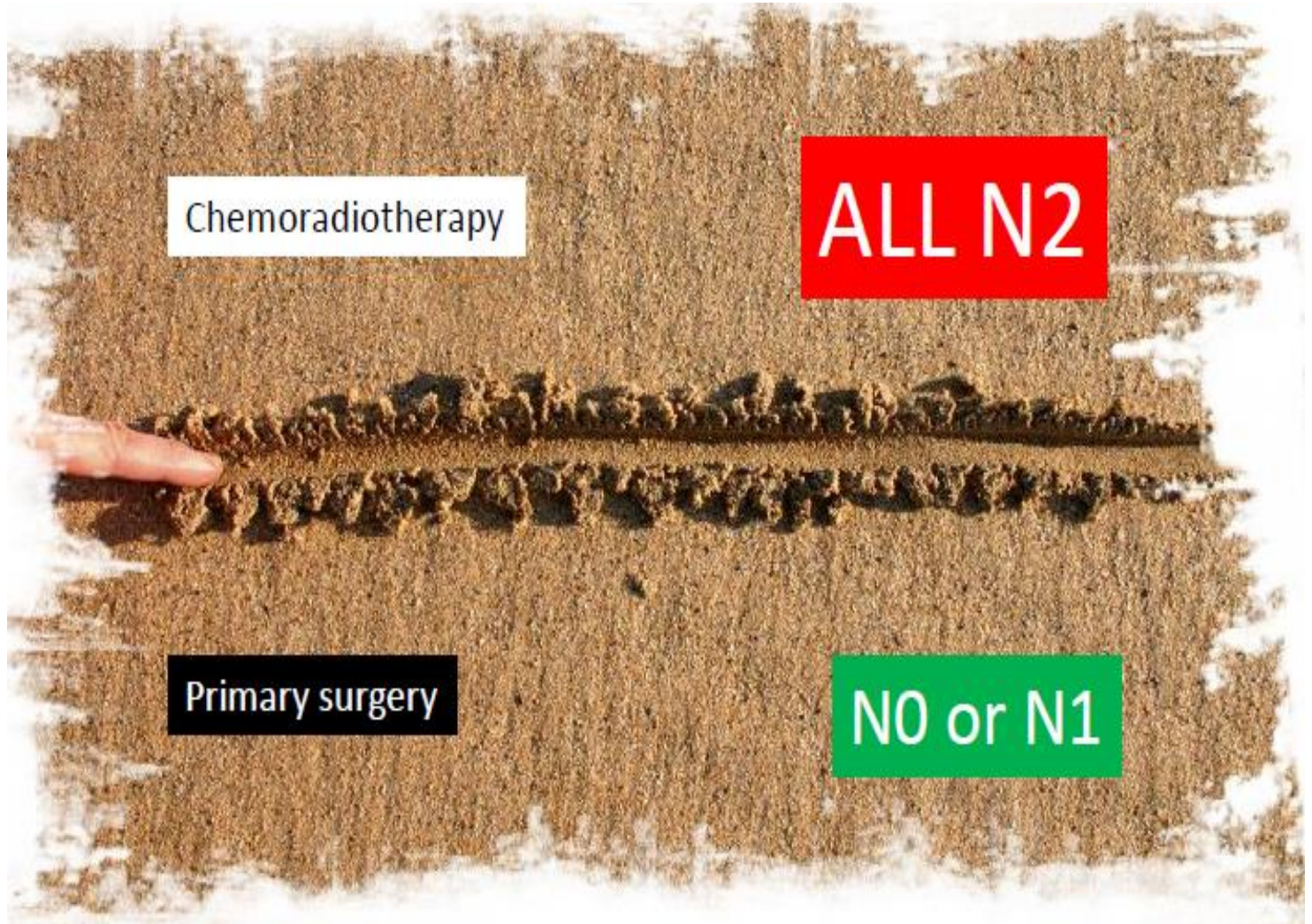
Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



**Surgery for single zone N2 NSCLC**

David Waller FRCS(CTh)  
Consultant Thoracic Surgeon



# Εισαγωγή

I can't tell you how many audiences I've faced that absolutely believe the myth that surgery plays no role in Stage IIIA non-small cell lung cancer based on data from stage IIIA disease patients randomized to chemoradiation followed by surgery.



Dr. Stephen G. Swisher  
MD Anderson  
STS Annual Meeting  
2015



The Society  
of Thoracic  
Surgeons

**Δεν μπορώ να σας πω σε πόσα πολλά ακροατήρια έχω βρεθεί ενώπιος που ακράδαντα πιστεύουν τον μύθο ...  
ότι η χειρουργική δεν παίζει κανένα ρόλο στην αντιμετώπιση του σταδίου IIIA του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα .**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Εισαγωγή

Moving on to the second myth: Surgery plays no role in N2 residual disease after induction therapy. This myth is based on the results of a couple of prospective studies in the 1980s and '90s that showed residual N2 disease after chemo- and radiotherapy leads to survival of 16-35 months in most cases.



Dr. Stephen G. Swisher  
MD Anderson  
STS Annual Meeting  
2015



The Society  
of Thoracic  
Surgeons

... προχωρώντας στον 2<sup>ο</sup> μύθο: ότι η χειρουργική δεν παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση της υπολειπόμενης νόσου μετά από την εφαρμογή εισαγωγικής θεραπείας

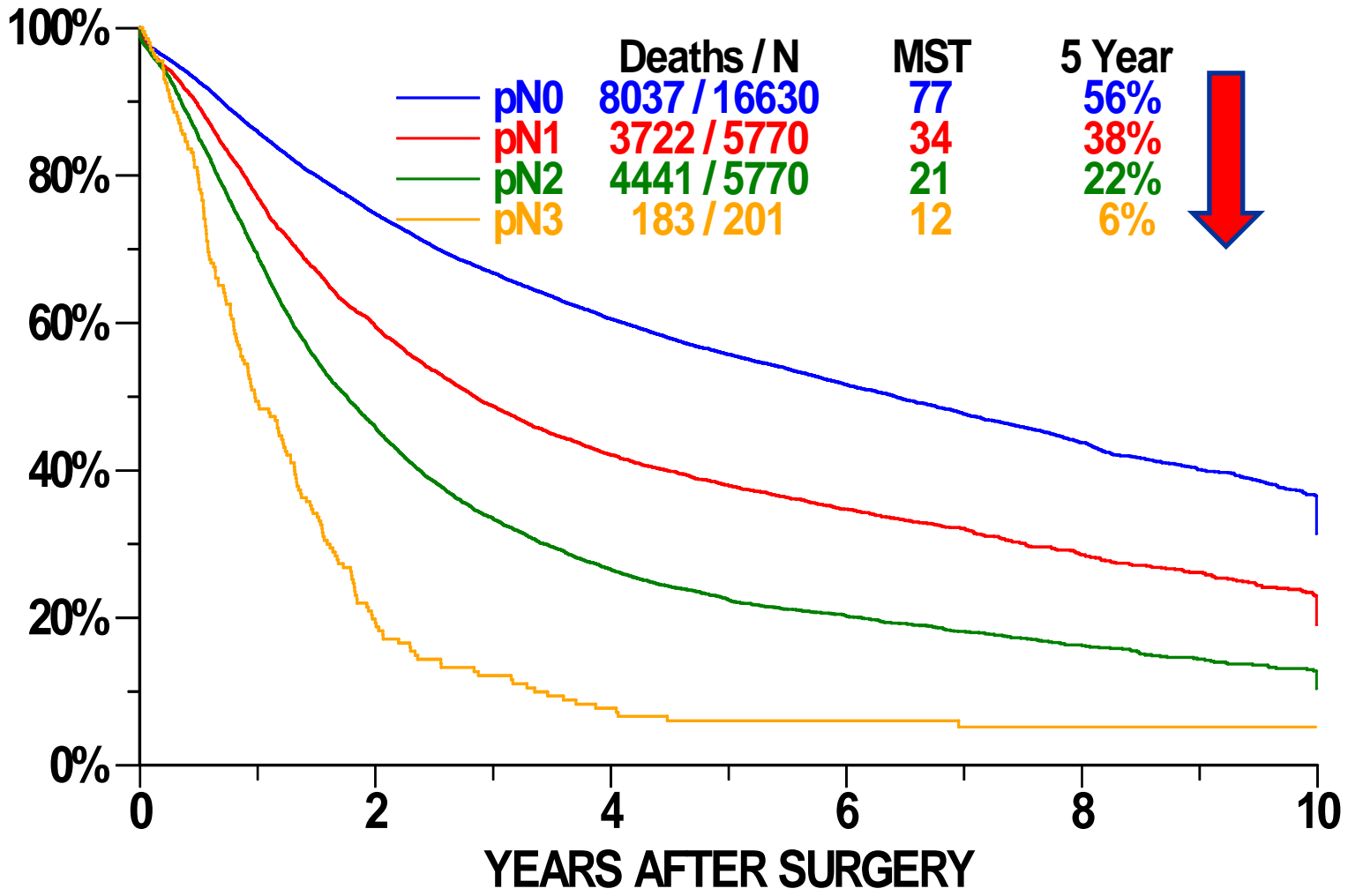
Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα





# Εισαγωγή

## All Surgical Patients



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

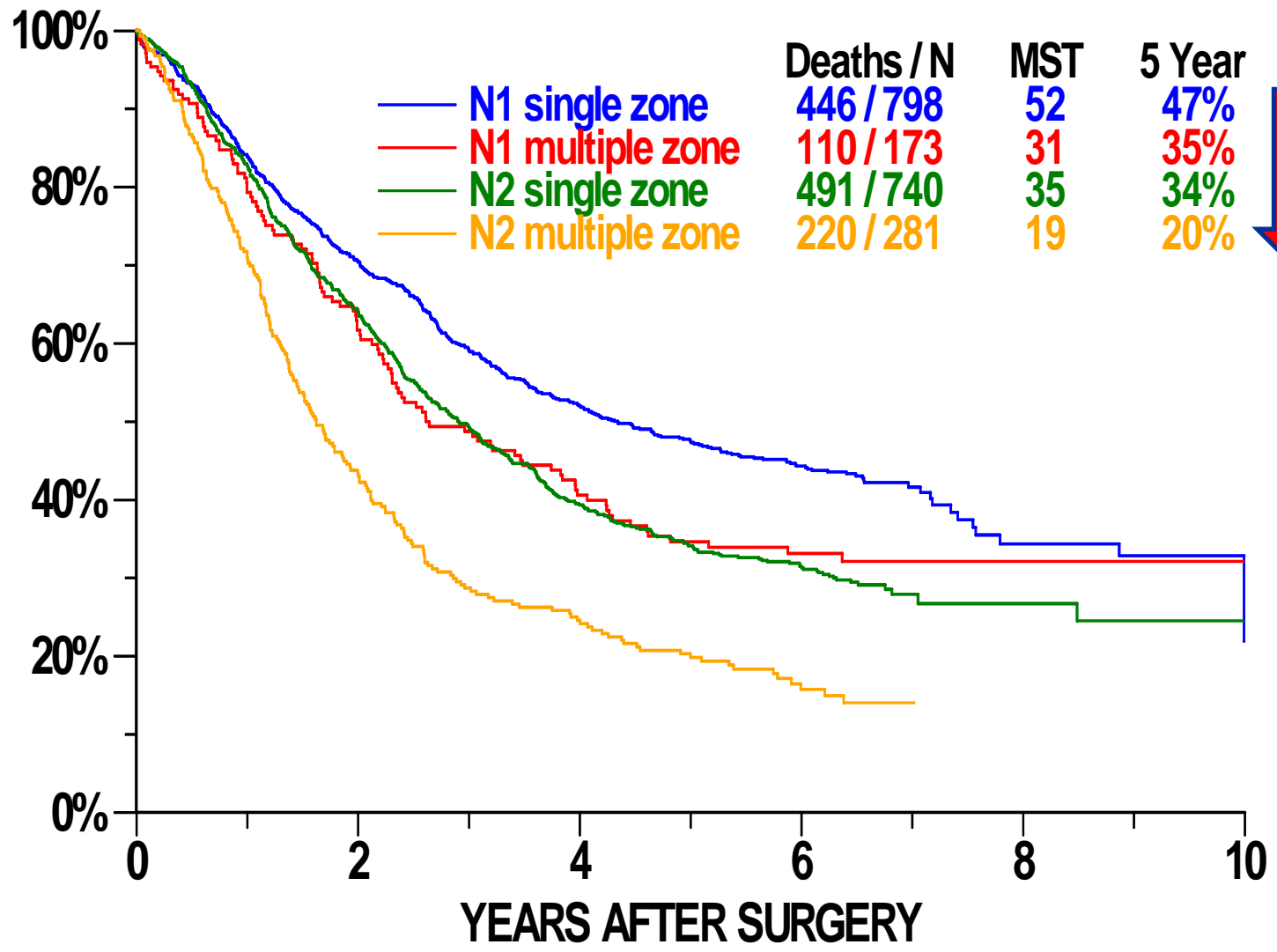
Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα





# Εισαγωγή



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

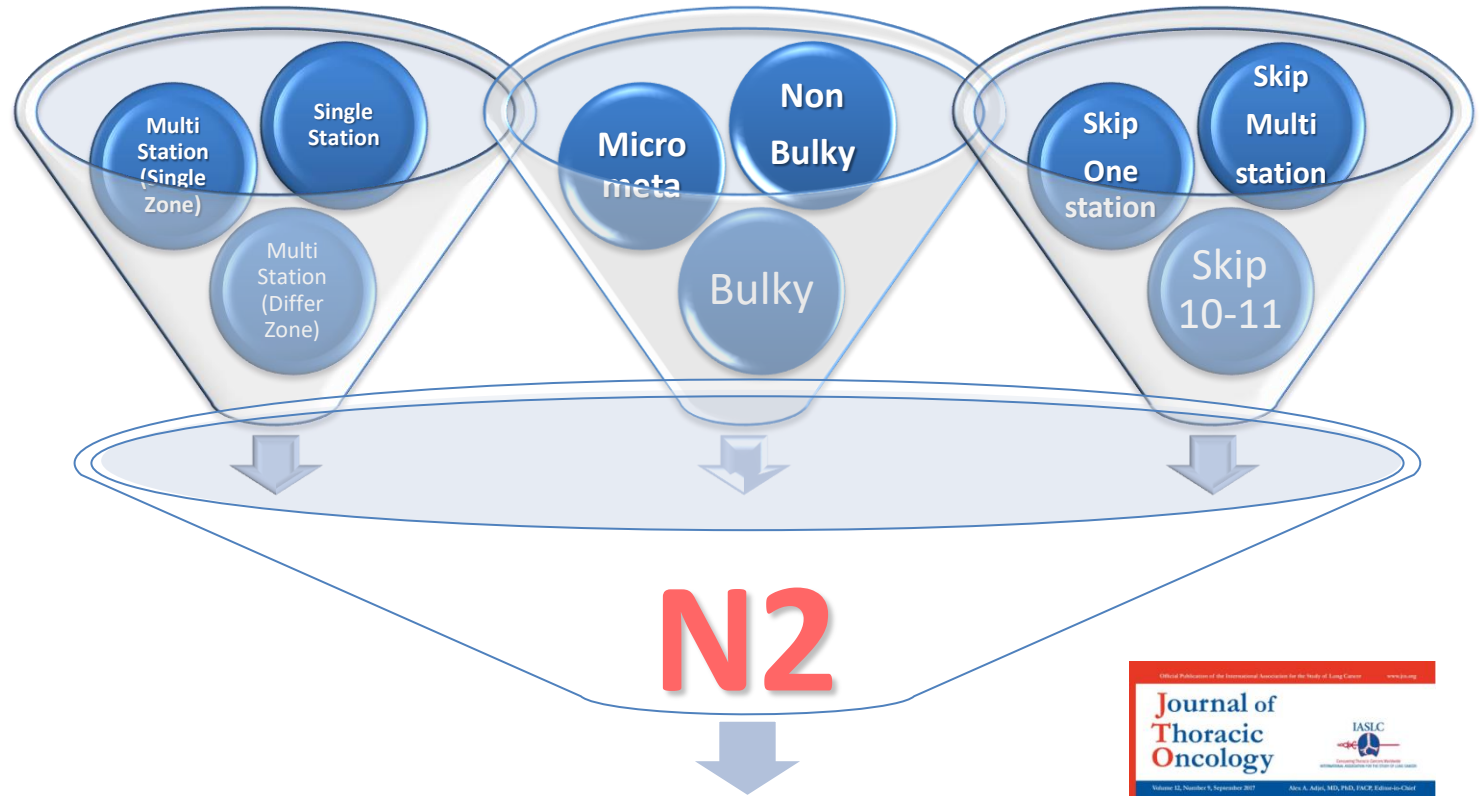
Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα





# Εισαγωγή



There are various reasons for this ongoing debate. First, stage IIIA-N2 represents a very heterogeneous patient population ranging from incidental discovery of positive N2 nodes during lung resection, to single mediastinal nodal involvement and bulky N2 disease where individual lymph nodes are hard to identify. In this setting,



**Where is the Place of Surgery for N2 Disease?**  
 Paul Van Schil, Corinne Faivre-Finn  
 2017 Journal of Thoracic Oncology Vol. 12 No. 15



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

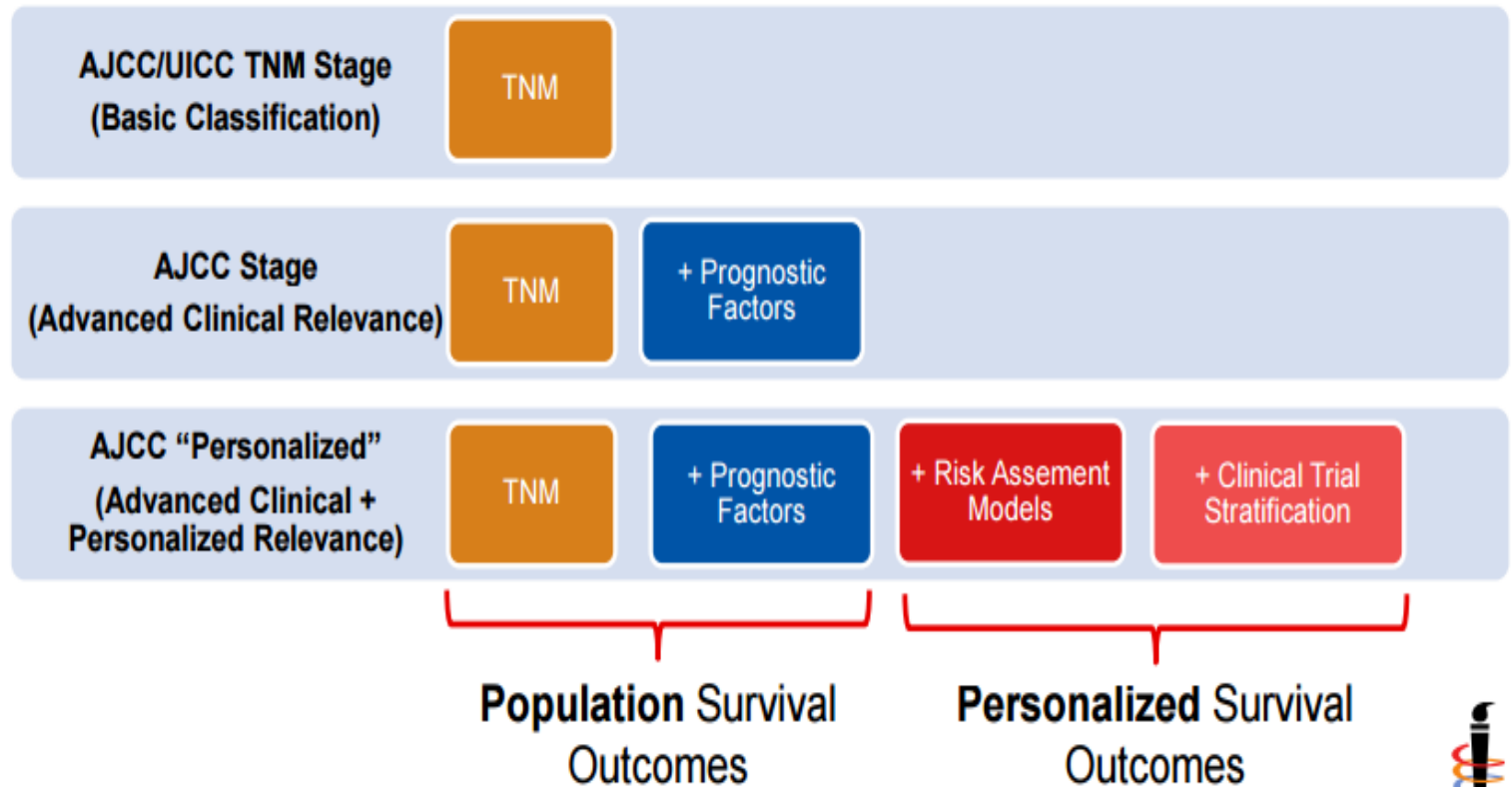
Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

2020



# Εισαγωγή

## The Transition from Population Based to a more “Personalized” Approach



Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Εισαγωγή

[ Special Features ]

CHEST

## The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification



Frank C. Detterbeck, MD, FCCP; Daniel J. Boffa, MD; Anthony W. Kim, MD, FCCP; and Lynn T. Tanoue, MD, FCCP

Stage classification provides a nomenclature about the anatomic extent of a cancer; a consistent language provides the ability to communicate about a specific patient and about cohorts of patients in clinical studies. This paper summarizes the eighth edition of lung cancer stage classification, which is the worldwide standard as of January 1, 2017. This revision is based on a large global database, a sophisticated analysis, extensive internal validation as well as multiple assessments confirming generalizability. Practicing clinicians must be familiar with the stage classification system when managing contemporary patients with lung cancer.

CHEST 2017; 151(1):193-203

KEY WORDS: lung cancer; non-small cell lung cancer; prognosis; stage classification

Classification of tumor stage is a cornerstone of providing care for patients with cancer. The fundamental purpose of stage classification is to provide a nomenclature about the anatomic extent of disease that is used consistently around the world. This enables reliable communication about a particular patient, provides an understanding of the extent of disease among patients in a clinical trial, and thus enhances the ability of clinicians to make judgments about how well particular management strategies and associated results apply to a new patient.

Although it is critical that stage classification represents a stable, consistently used nomenclature, periodic revisions are needed. As technology changes and the ability to define nuances regarding tumor extent progresses, the nomenclature that describes

this must evolve. To meet the needs of stability and consistency while allowing for progress, formal periodic revisions are undertaken. The Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and American Joint Committee on Cancer (AJCC) serve as the official bodies that define, periodically review and refine the stage classification systems; although separate, these organizations work together to achieve global consistency. In January 2017, the eighth edition of the stage classification takes effect around the world, although implementation is delayed in the United States to ensure that the cancer care community has the necessary infrastructure in place. This paper summarizes the eighth edition AJCC/UICC stage classification for lung cancer.

ABBREVIATIONS: AJCC = American Joint Committee on Cancer; IASLC = International Association for the Study of Lung Cancer; G/G/L = gross and histologic; NSCLC = non-small cell lung cancer; SFGC = Staging and Prognostic Factors Committee; UICC = Union Internationale Contre le Cancer

AFFILIATIONS: From the Department of Surgery (Drs Detterbeck, Boffa, and Kim), Section of Thoracic Surgery, and the Department of Internal Medicine (Dr Tanoue), Section of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT.

CORRESPONDENCE TO: Frank C. Detterbeck, MD, FCCP, Yale University School of Medicine, Department of Surgery, Section of Thoracic Surgery, PO Box 208062, New Haven, CT 06520; e-mail: frank-detterbeck@yale.edu

Copyright © 2016 American College of Chest Physicians. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.10.010>

journalpublications.chestnet.org

193

TABLE 3 Definitions for T, N, and M Descriptors

T (Primary Tumor)		Label
T0	No primary tumor	
Tis	Carcinoma in situ (Squamous or Adenocarcinoma)	Tis
T1	Tumor ≤3 cm,	
T1a(mi)	Minimally Invasive Adenocarcinoma	T1a(mi)
T1a	Superficial spreading tumor in central airways*	T1a S1
T1a	Tumor ≤1 cm	T1a S2
T1b	Tumor >1 but ≤2 cm	T1b S1-2
T1c	Tumor >2 but ≤3 cm	T1c S1-3
T2	Tumor >3 but ≤5 cm or tumor involving: visceral pleura <sup>a</sup> , main bronchus (not carina), atelectasis to hilum <sup>b</sup>	T2 P1a-P2 T2 C1a1
T2a	Tumor >3 but ≤4 cm	T2a S1-4
T2b	Tumor >4 but ≤5 cm	T2b S1-5
T3	Tumor >5 but ≤7 cm or invading chest wall, pericardium, phrenic nerve or separate tumor nodule(s) in the same lobe	T3 S1-7 T3 S1a1
T4	Tumor >7 cm or tumor invading: mediastinum, diaphragm, heart, great vessels, recurrent laryngeal nerve, carina, trachea, esophagus, spine; or tumor nodule(s) in a different ipsilateral lobe	T4 S1-7 T4 S1a2
N (Regional Lymph Nodes)		
N0	No regional node metastasis	
N1	Metastasis in ipsilateral pulmonary or hilar nodes	
N2	Metastasis in ipsilateral mediastinal/subcarinal nodes	
N3	Metastasis in contralateral mediastinal/hilar, or supraclavicular nodes	
M (Distant Metastasis)		
M0	No distant metastasis	
M1a	Malignant pleural/pericardial effusion <sup>c</sup> or pleural/pericardial nodules or separate tumor nodule(s) in a contralateral lobe;	M1a P1-D1a1a
M1b	Single extrathoracic metastasis	M1b S1a1a Single
M1c	Multiple extrathoracic metastases (1 or >1 organ)	M1c S1a1a

TX, NX: T or N status not able to be assessed

\* Superficial spreading tumor of any size but confined to the tracheal or bronchial wall  
<sup>b</sup> such tumors are classified as T2a if >3.5 cm, T2b if >4.5 cm.

<sup>c</sup> Pleural effusions are excluded that are cytologically negative, non-bloody, transudative, and clinically judged not to be due to cancer.

category. In addition, the T category is determined by invasion into adjacent central/mediastinal or peripheral structures. Finally, when an additional tumor nodule is present, the location of this relative to the primary tumor determines the T category.

Invasion of a main bronchus is classified as T2a regardless of the distance from the carina; similarly, atelectasis extending to the hilum is designated as T2a, regardless of whether it involves a lobe or an entire lung (different from the seventh edition classification). Involvement of the diaphragm is classified as T4

(different from the seventh edition classification). Involvement of a T structure by tumor that is extending from a nodal metastasis (eg, left recurrent nerve involvement by an aortopulmonary window node metastasis) is not counted as T involvement.

Involvement of hilar fat is classified as T2a and involvement of mediastinal fat as T4. The mediastinal pleura has been omitted as a T descriptor; the results were inconsistent, and specific (isolated) mediastinal pleural involvement was rare. Involvement of the parietal pericardium is classified as T3 (this means that

journalpublications.chestnet.org

195

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification  
Frank C. Detterbeck, Daniel J. Boffa, Anthony W. Kim, Lynn T. Tanoue  
CHEST 2017; 151(1):193-203





# Εισαγωγή

TABLE 5 ] Lung Cancer Stage Grouping (Eighth Edition)

T/M	Label	N0	N1	N2	N3
T1	T1a $\leq 1$	IA1	IIB	IIIA	IIIB
	T1b >1-2	IA2	IIB	IIIA	IIIB
	T1c >2-3	IA3	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a <i>Cent, Yisc Pl</i>	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2a >3-4	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2b >4-5	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	T3 >5-7	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 <i>Inv</i>	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 <i>Satell</i>	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4 >7	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T4 <i>Inv</i>	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T4 <i>Ipsi Nod</i>	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1	M1a <i>Contr Nod</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1a <i>Pl Dissem</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b <i>Single</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c <i>Multi</i>	IVB	IVB	IVB	IVB

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Εισαγωγή

TABLE 4 ] N Subclassification

Category	Subclass	Description
Nx		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node involvement
N1	N1a	Single-station N1 involvement
	N1b	Multiple-station N1 involvement
N2	N2a1	Single-station N2 without N1 involvement (skip)
	N2a2	Single-station N2 with N1 involvement
	N2b	Multiple-station N2 involvement
N3		N3 lymph node involvement

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

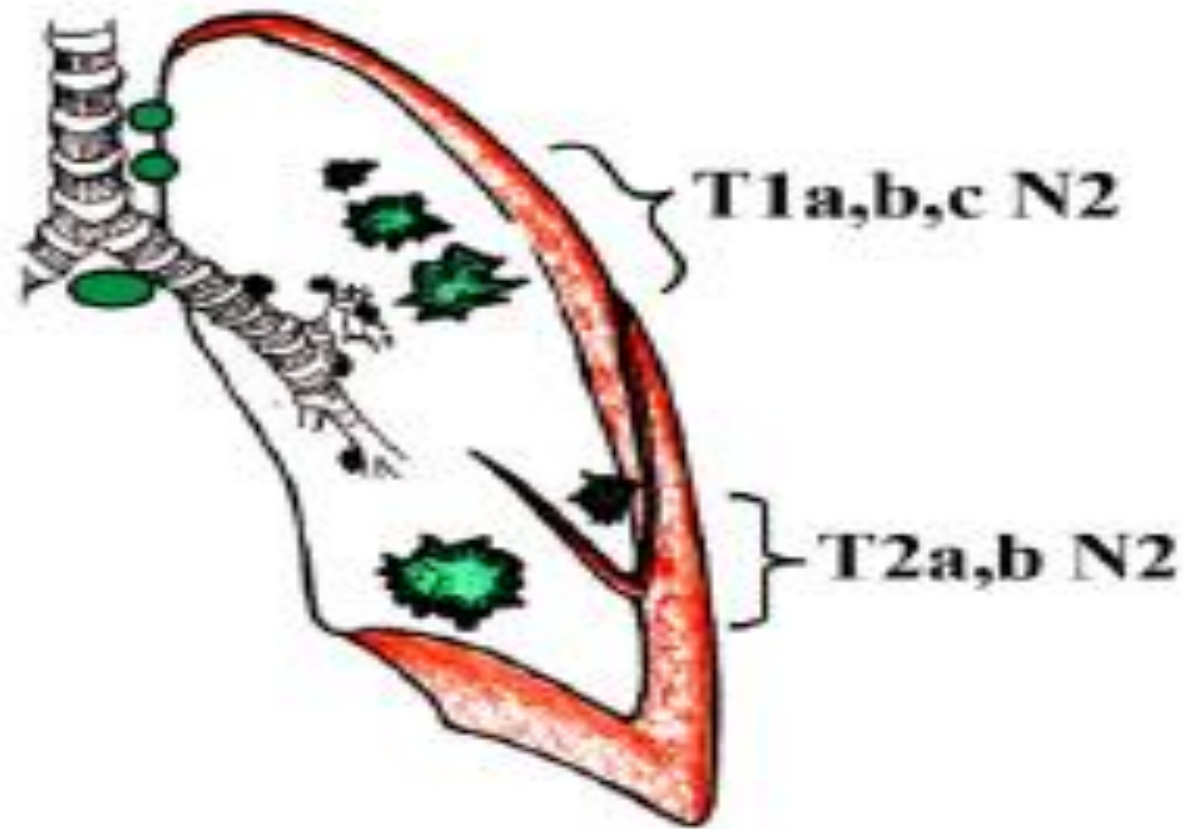
Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Εισαγωγή

## Stage IIIA



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

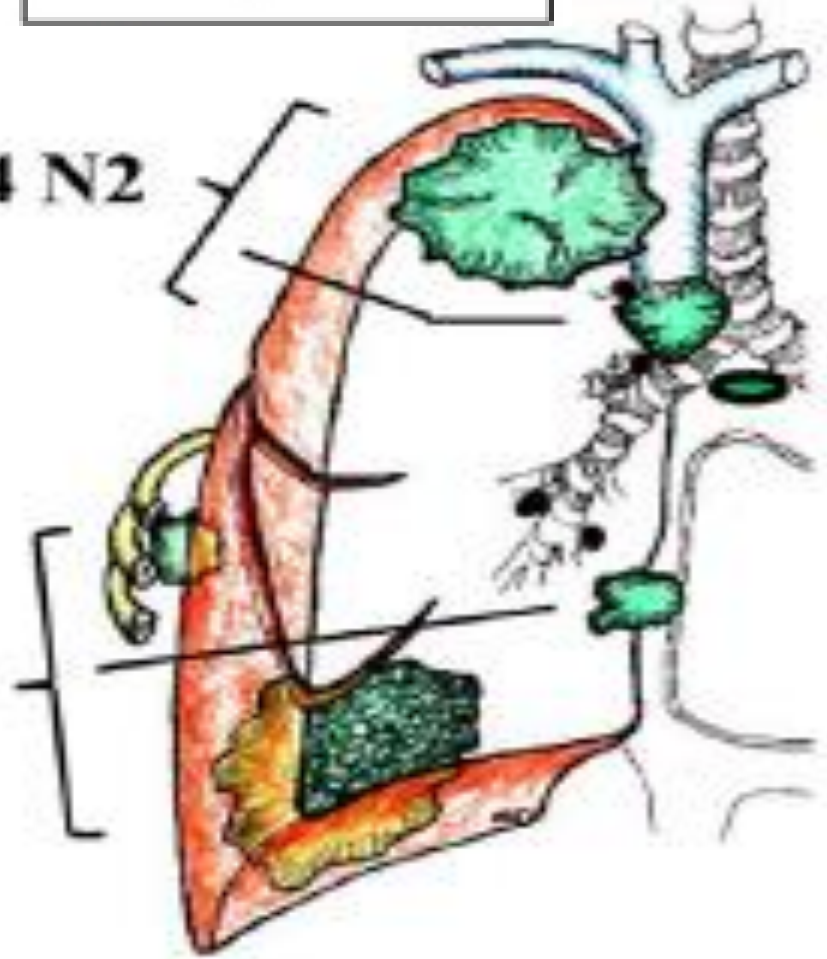
Συμπεράσματα





# Εισαγωγή

## Stage IIIB



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Εισαγωγή



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

TABLE 7 ] 5-Year Survival (%)

Type	IA1	IA2	IA3	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVB
Clinical	92	83	77	68	60	53	36	26	13	10	0
Pathologic	90	85	80	73	65	56	41	24	12	-	-

Average overall survival in the International Association for the Study of Lung Cancer global database of patients receiving a diagnosis between 1999 and 2010. Data from Goldstraw et al.<sup>21</sup>



# Ορισμοί

## Micrometastases (G1) : Μικρομεταστάσεις

*Μακροσκοπικά ο λεμφαδένας φαίνεται χωρίς διήθηση, ενώ μικροσκοπικά διαγιγνώσκεται διήθηση από κακοήθη κύτταρα*

## Nonbulky metastases (G2) : Μη ογκώδεις μεταστάσεις

*Μακροσκοπικά και μικροσκοπικά ο λεμφαδένας είναι καθολικά διηθημένος και η μέγιστη διάμετρός του είναι < 2cm*

## Bulky metastases (G3) : Ογκώδεις μεταστάσεις

*Μακροσκοπικά και μικροσκοπικά ο λεμφαδένας είναι καθολικά διηθημένος και η μέγιστη διάμετρός του είναι > 2cm*



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Ορισμοί

**Single (one) station :** Ένας λεμφαδενικός σταθμός  
*Διήθηση ενός μόνο λεμφαδενικού σταθμού*

**Multi station :** Πολλαπλοί λεμφαδενικοί σταθμοί  
*Διήθηση πολλαπλών λεμφαδενικών σταθμών*

**Single (one) zone :** Μία λεμφαδενική ζώνη  
*Διήθηση μιας μόνο λεμφαδενικής ζώνης*

**Multi zone :** Πολλαπλές λεμφαδενικές ζώνες  
*Διήθηση πολλαπλών λεμφαδενικών ζωνών*

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Ορισμοί

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

**Skip metastases: Παρακάμπουσα μετάσταση**

*Διήθηση πιο απομακρυσμένου λεμφαδένα, ενώ οι εγγύτεροι στην πρωτοπαθή βλάβη λεμφαδένες δεν εμφανίζουν μεταστάσεις*

**Occult metastases: Κρυπτογενής μετάσταση**

*Μετάσταση που δεν ανιχνεύεται κλινικά με τις απεικονιστικές τεχνικές, αλλά ανευρίσκεται κατά την μικροσκόπηση*

**Lymph Node Ratio (LNR) : Πηλίκιο Λεμφαδένων**

*Ο λόγος του αριθμού των διηθημένων λεμφαδένων προς τον συνολικό αριθμό των παρασκευασθέντων λεμφαδένων*

# Ορισμοί

**Incidental, unsuspected, unforeseen or “surprise” N2:**

**Απρόσμενη N2 νόσος**

***Η N2 νόσος που αποκαλύπτεται μόνο μετά από χειρουργική διερεύνηση***

**Salvage (or rescue) surgery:**

**Χειρουργική επέμβαση διάσωσης**

***Η χειρουργική θεραπεία μετά από την αποτυχία της αρχικής θεραπείας, σε περιπτώσεις τοπικής υποτροπής ή προόδου της νόσου***

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

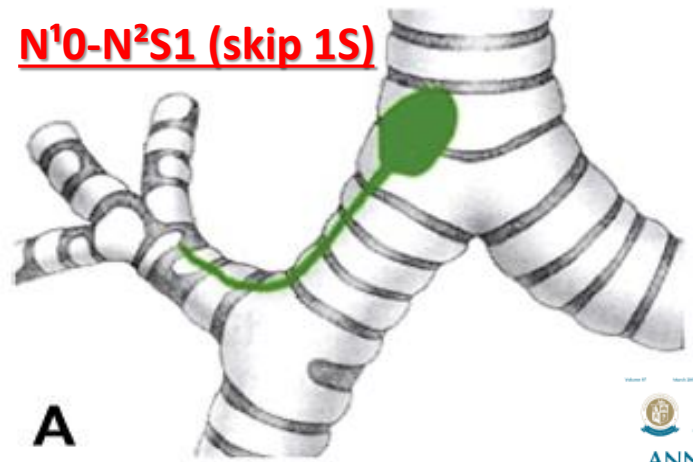
Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

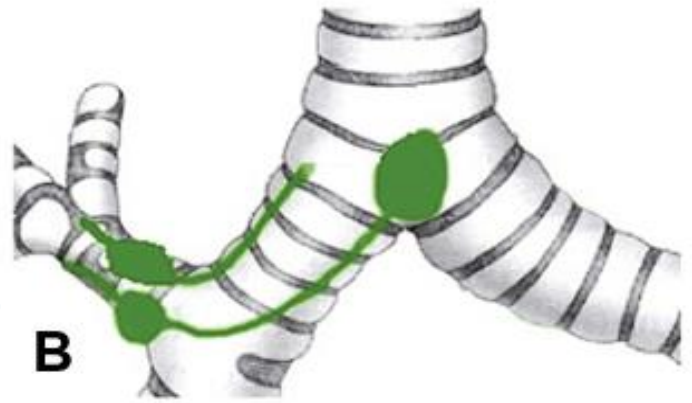


# Ορισμοί

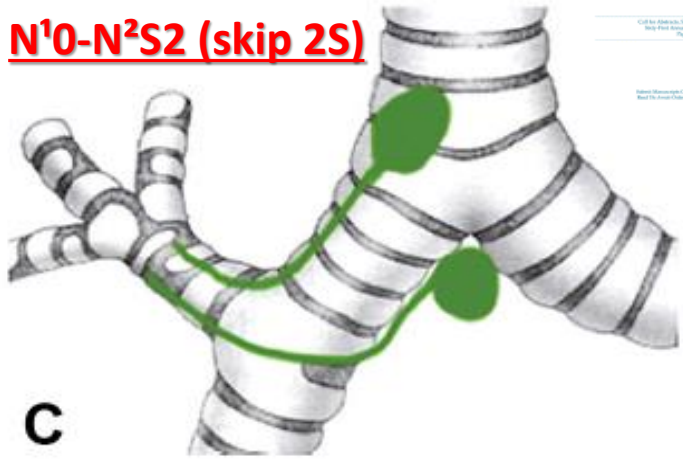
N<sup>1</sup>0-N<sup>2</sup>S1 (skip 1S)



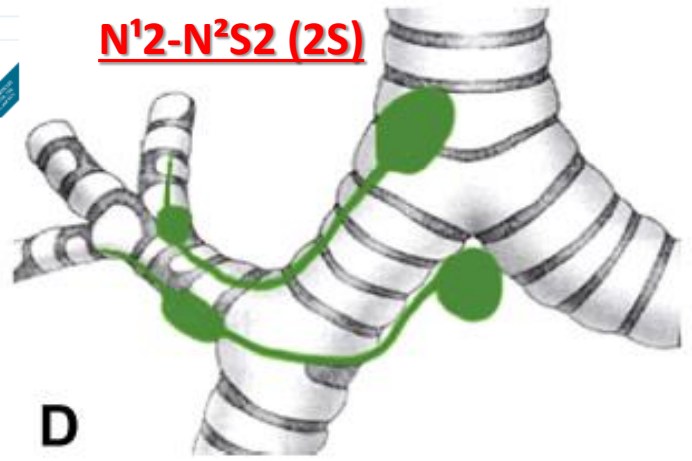
N<sup>1</sup>2-N<sup>2</sup>S1 (1S)



N<sup>1</sup>0-N<sup>2</sup>S2 (skip 2S)



N<sup>1</sup>2-N<sup>2</sup>S2 (2S)



## Διαφορετικοί τρόποι λεμφαδενικής διασποράς

Long-Term Survival of Patients With pN2 Lung Cancer According to the Pattern of Lymphatic Spread. Antoine Legras et al. Ann Thorac Surg 2014;97:1156–62 (France)

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος





# Up to Date

TABLE 5 ] Lung Cancer Stage Grouping (Eighth Edition)

T/M	Label	N0	N1	N2	N3
T1	T1a $\leq 1$	IA1	IIB	IIIA	IIIB
	T1b >1-2	IA2	IIB	IIIA	IIIB
	T1c >2-3	IA3	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a <i>Cent, Yisc Pl</i>	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2a >3-4	IB	IIB	IIIA	IIIB
	T2b >4-5	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T3	T3 >5-7	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 <i>Inv</i>	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 <i>Satell</i>	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4 >7	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T4 <i>Inv</i>	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T4 <i>Ipsi Nod</i>	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
M1	M1a <i>Contr Nod</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1a <i>Pl Dissem</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b <i>Single</i>	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c <i>Multi</i>	IVB	IVB	IVB	IVB

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

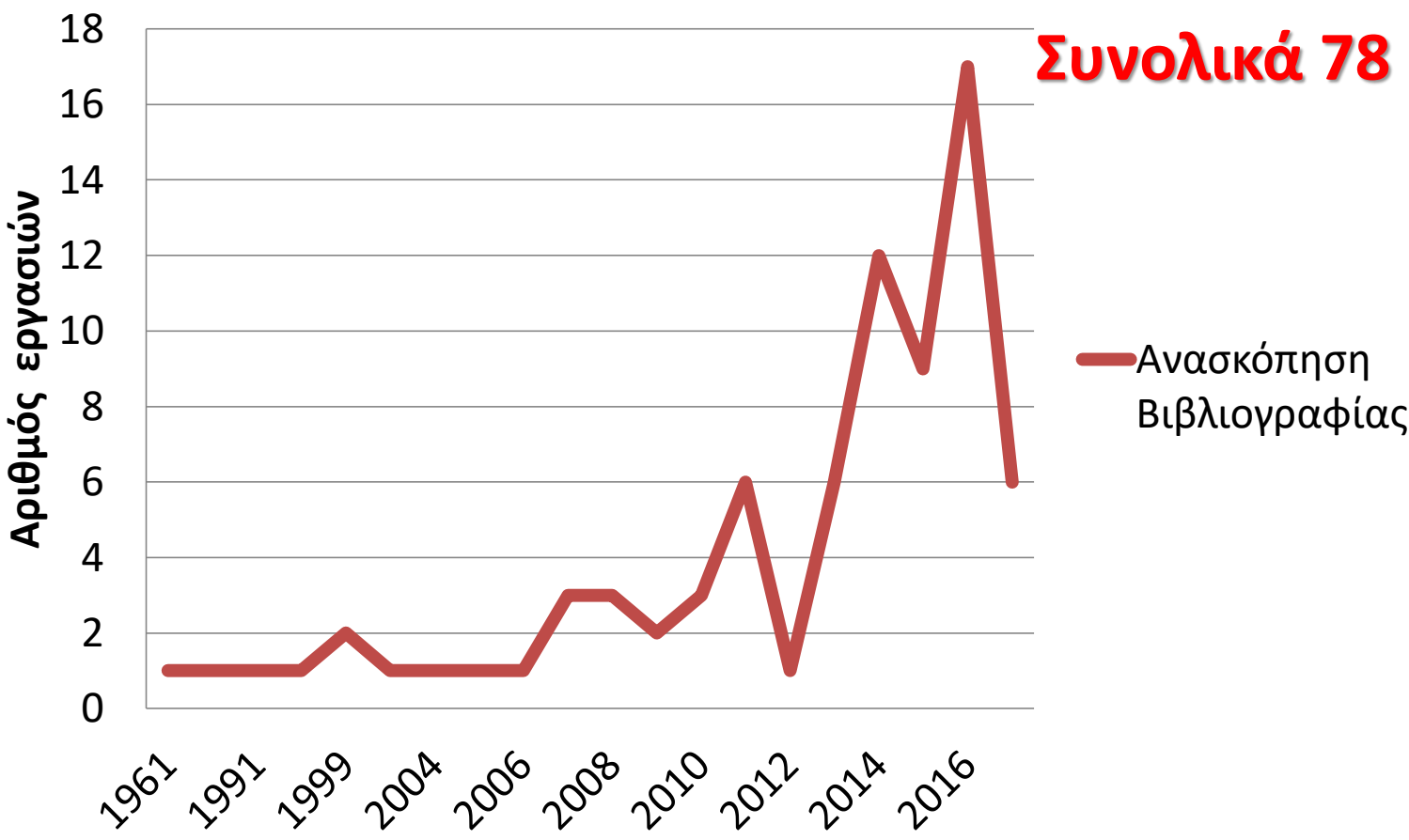
Συμπεράσματα





# Up to Date

## Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας



Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Μελέτες

**Table 1.** Historical profile of clinical results for Stage III non-small-cell lung cancer

Study name	Survival		
	3 year (%)	4 year (%)	
<b>Radiotherapy alone (Clinical Stage III)</b>			
RTOG 7301 (3)			
40 Gy	6	6	
50 Gy	10	6	
60 Gy	15	6	
<b>Concurrent chemoradiotherapy (Clinical Stage III)</b>	median (months)	5 year (%)	
Furuse et al. (4)	Mitomycin, vindesine, CDDP + 56 Gy	16.5	16
RTOG 9410 (5)	CDDP, etoposide + 63 Gy	17.0	26
WJTOG 0105 (1)	CBDCA, paclitaxel + 60 Gy	22.0	20
OLCSG 0007 (2,27)	CDDP, docetaxel + 60 Gy	26.8	25
INT 0139 (12)	CDDP, etoposide + 61 Gy	22.2	20
RTOG 0617 (25)	CBDCA, paclitaxel + 60 Gy	28.7	NR
ESPATUE (24)	CDDP, paclitaxel + 45 Gy (twice daily) followed by CDDP, vinorelbine + 26 Gy	NR	40
WJOG 5008 L (26)	CDDP, S1 + 60 Gy	40.9	NR
	CDDP, vinorelbine + 60 Gy	39.0	NR
<b>Surgery alone (clinical N2 and pathological N2)</b>		5 year (%)	
Suzuki et al (8)		5	
JJCLCR 2004 (10)		34	
<b>Induction chemotherapy + surgery (Clinical Stage IIIA-N2)</b>		5 year (%)	
EORTC (11)	Platinum-based regimen + 45 Gy + surgery	16	
<b>Induction chemoradiotherapy+surgery (Clinical Stage IIIA-N2)</b>		5 year (%)	
INT 0139 (12)	CDDP, etoposide + 45 Gy + surgery	27	
ESPATUE (24)	CDDP, paclitaxel + 45 Gy (twice daily) + surgery	44	
<b>Surgery + chemotherapy</b>		5 year (%)	
ANITA (17) (pathological N2)	Surgery + CDDP, vinorelbine	34	
JJCLCR 2004 (10) (clinical N2 and pathological N2)	Various	28	

CDDP, cisplatin, CBDCA, carboplatin, NR, not reported.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Μελέτες

**1993 – 2015**

**396 pt**

**T1-3pN2M0**



**194 pt**

**Chemo + RT**

**202 pt**

**Chemo + RT**

**+**

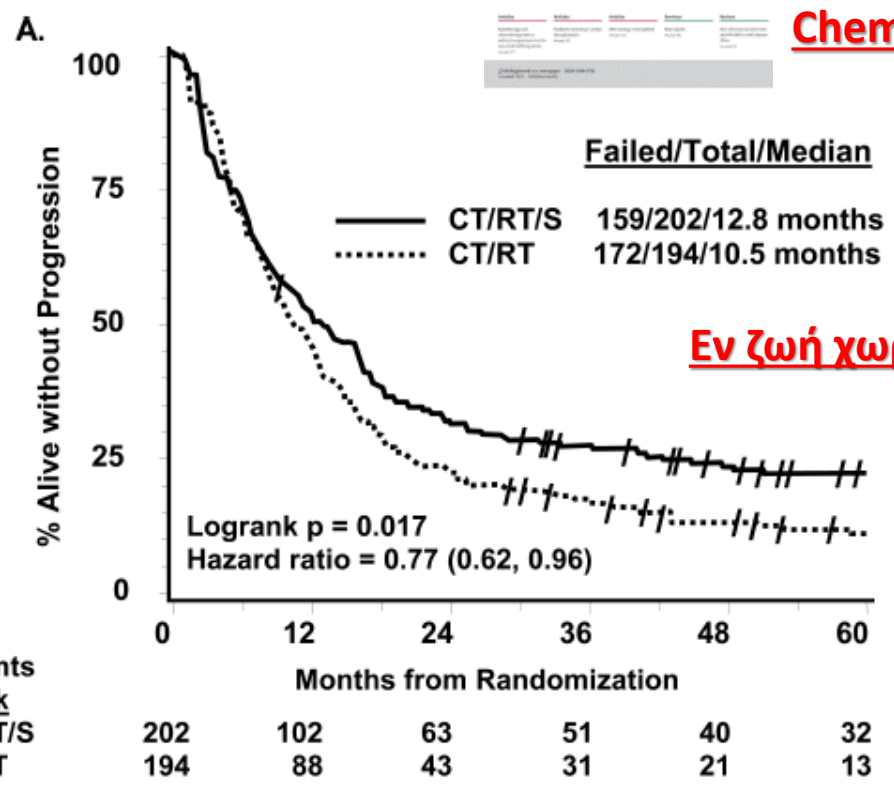
**Χειρουργείο**

**THE LANCET**

**Lancet 2009; 374: 379-86**

Royal Brompton & Harefield **NHS**  
NHS Foundation Trust

"Obama's health-care reform package is intended to fulfil two aims: universal health coverage and the creation of a government-run public health insurance...Yes, it can be done."



**PFS**

**En ζωή χωρίς πρόοδο της νόσου**  
**(p:0.01)**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα







# Μελέτες

**1993 – 2015**

**396 pt**

**T1-3pN2M0**



**194 pt**

**Chemo + RT**

**202 pt**

**Chemo + RT**

**+**

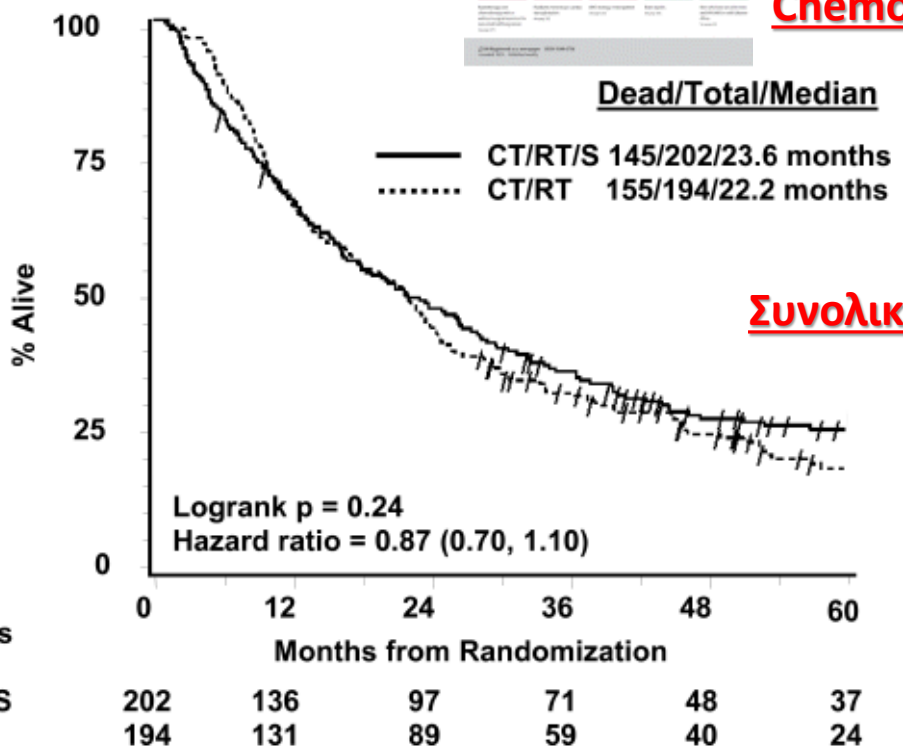
**Χειρουργείο**

**THE LANCET**

**Lancet 2009; 374: 379-86**

Royal Brompton & Harefield **NHS**  
NHS Foundation Trust

"Obama's health-care reform package is intended to fulfil two aims: universal health coverage and the creation of a government-run public health insurance...Yes, it can be done."



**Συνολική επιβίωση (OS)**  
**(p:0.24)**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα





# Μελέτες

**1993 – 2015**

**396 pt**

**T1-3pN2M0**



**194 pt**

**Chemo + RT**

**202 pt**

**Chemo + RT**

**+**

**Χειρουργείο**

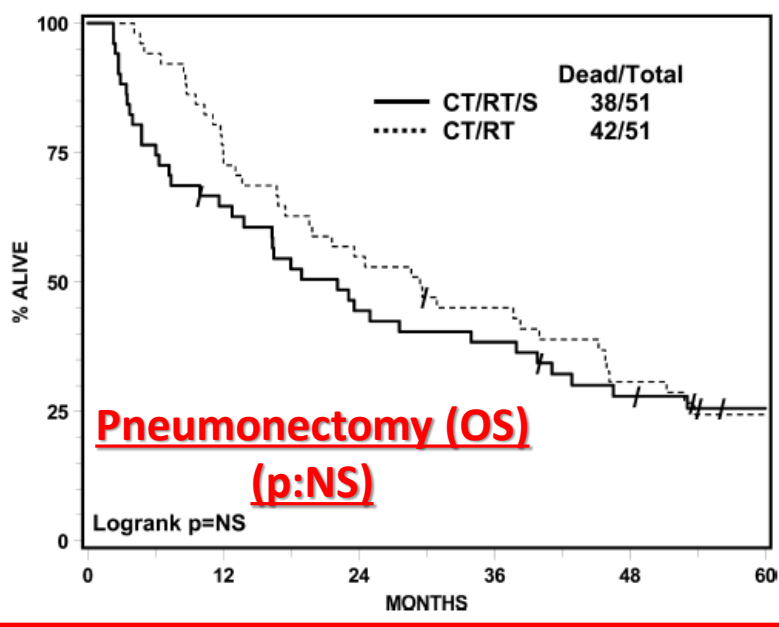
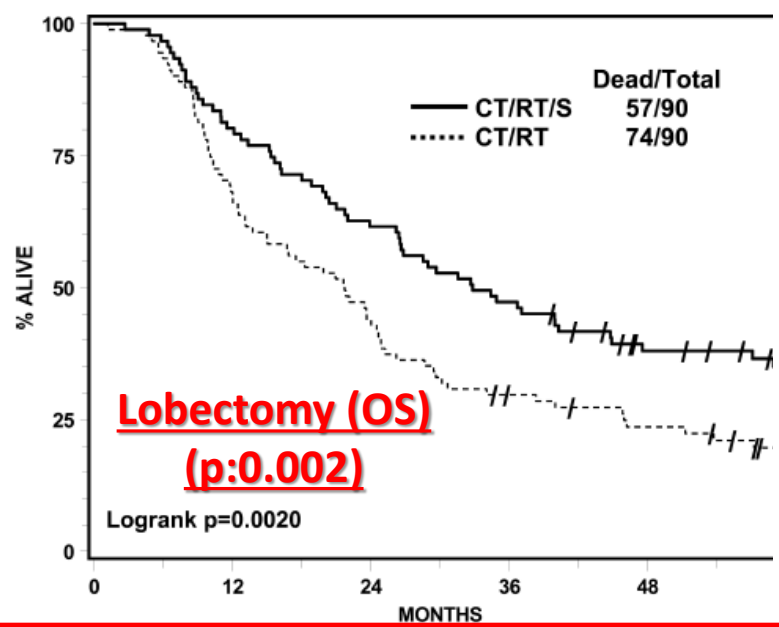
**THE LANCET**

**Lancet 2009; 374: 379–86**

Royal Brompton & Harefield **NHS**  
NHS Foundation Trust

"Obama's health-care reform package is intended to fulfil two aims: universal health coverage and the creation of a government-run public health insurance...Yes, it can be done."

## Συνολική επιβίωση (OS)



**Radiotherapy plus Chemotherapy with or without Surgical Resection for Stage III Non-Small Cell Lung Cancer. Kathy S. Albain et al Lancet. 2009 August 1; 374(9687): 379–386. (USA – Canada)**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



# Μελέτες



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

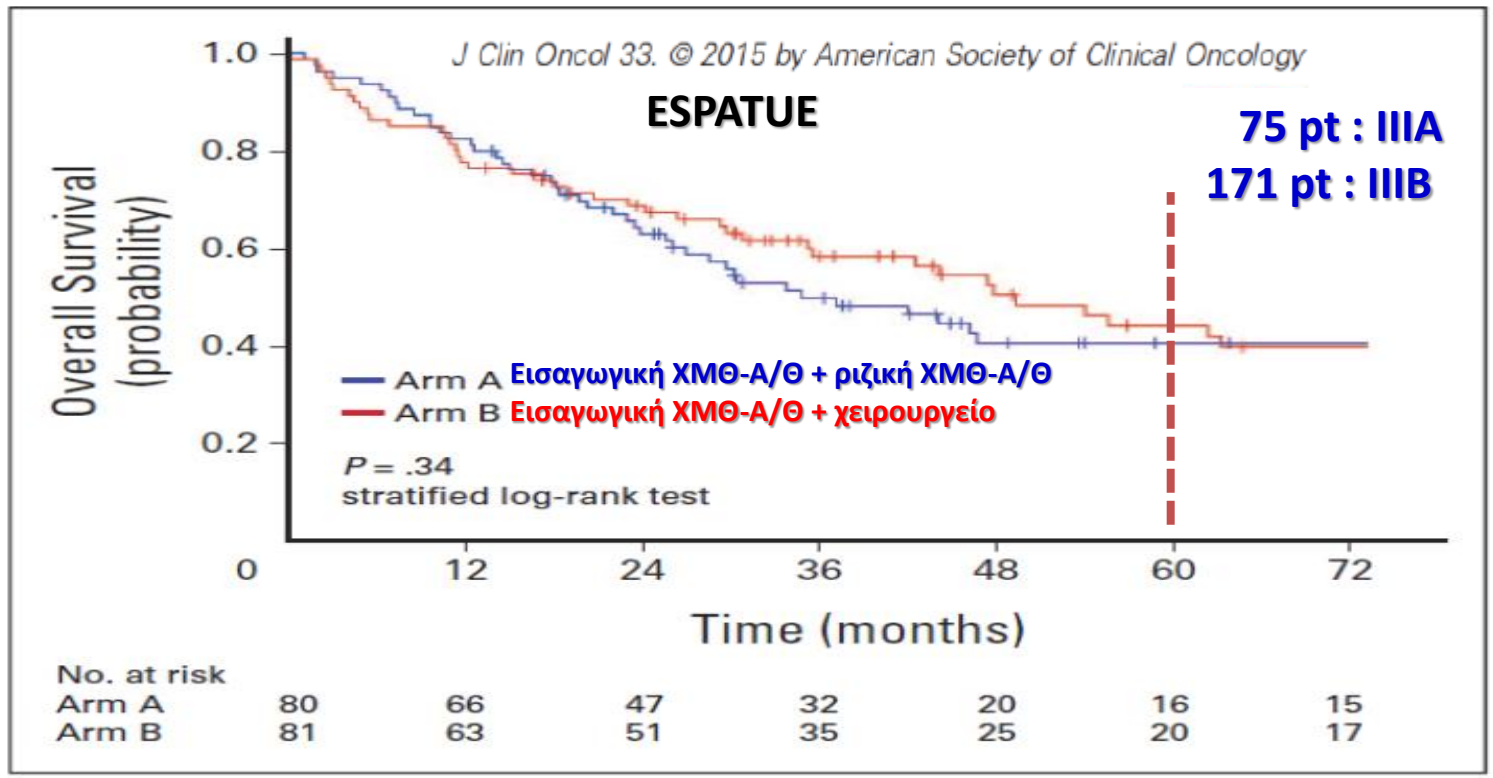


Fig 2. Overall survival of randomly assigned arms.

## Conclusion

The 5-year OS and PFS rates in randomly assigned patients with resectable stage III non-small-cell lung cancer were excellent with both treatments. Both are acceptable strategies for this good-prognosis group.

*J Clin Oncol 33. © 2015 by American*

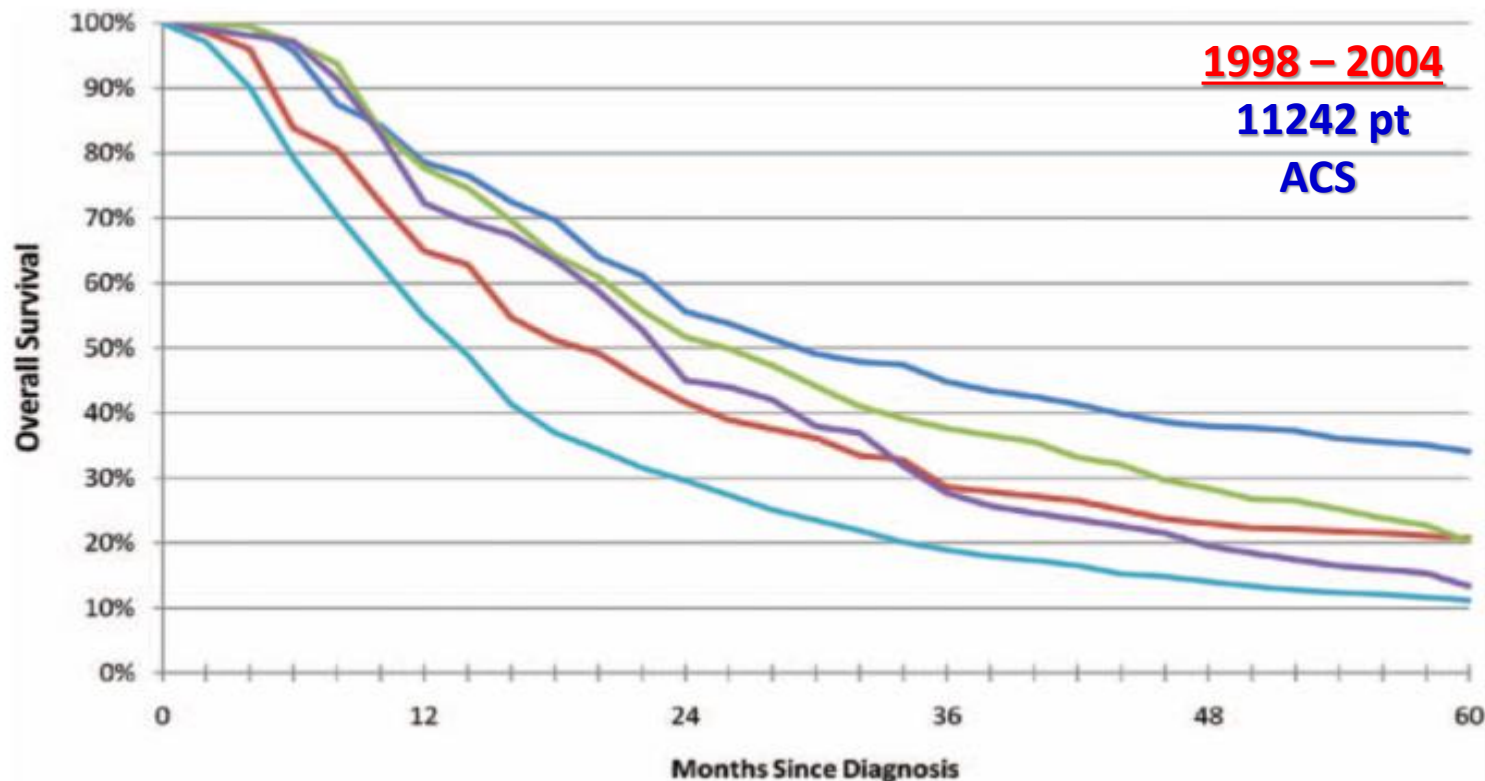
Phase III Study of Surgery Versus Definitive Concurrent Chemoradiotherapy Boost in Patients With Resectable Stage IIIA(N2) and Selected IIIB Non-Small-Cell Lung Cancer After Induction Chemotherapy and Concurrent Chemoradiotherapy (ESPATUE)



Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



# Μελέτες



	5 yr OS	
NeoCRT → Lobectomy	34%	— Neoadjuvant Chemoradiotherapy + Lobectomy
NeoCRT → Pneumonectomy	21%	— Neoadjuvant Chemoradiotherapy + Pneumonectomy
Lobectomy → Adj Tx	20%	— Lobectomy + Adjuvant Therapy
Pneumonectomy → Adj Tx	13%	— Pneumonectomy + Adjuvant Therapy
CRT	11%	— Definitive Chemoradiation

**Improved Survival Associated with Neoadjuvant Chemoradiation in Patients with Clinical Stage IIIA(N2) Non-Small-Cell Lung Cancer**  
J Thorac Oncol. 2013;8: 915-922) (USA)



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα





Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Μελέτες

**1980 – 2013**

**Meta analysis  
868 pt - pN2**

**Εισαγωγική ΧΜΘ**

**Χειρουργείο  
154 pt (46%)**

**Ακτινοθεραπεία  
154 pt (46%)**



**Review Article**

**N2-IIIa non-small cell lung cancer: a plea for surgery!**

Gilbert Massard<sup>1,2</sup>, Stéphane Renaud<sup>3,4</sup>, Jérémie Reeb<sup>1,2</sup>, Nicola Santelmo<sup>1</sup>, Anne Olland<sup>1,2</sup>, Pierre-Emmanuel Falcoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie thoracique, University Hospital of Strasbourg, Strasbourg, France; <sup>2</sup>Research unit EA 7293 "Scolarité and Thoracic Cancer in Transplantation", Research unit EA 3450 "Tumeurs primitives et métastases", Strasbourg Research Education, Strasbourg University, Strasbourg, France

**Contributors:** (I) Conception and design: G Massard; (II) Administrative support: N Santelmo; (III) Provision of study materials or patients: S Renaud, J Reeb; (IV) Collection and assembly of data: G Massard, A Olland; (V) Data analysis and interpretation: G Massard, PE Falcoz; (VI) Manuscript writing: All authors; (VII) Final approval of manuscript: All authors.

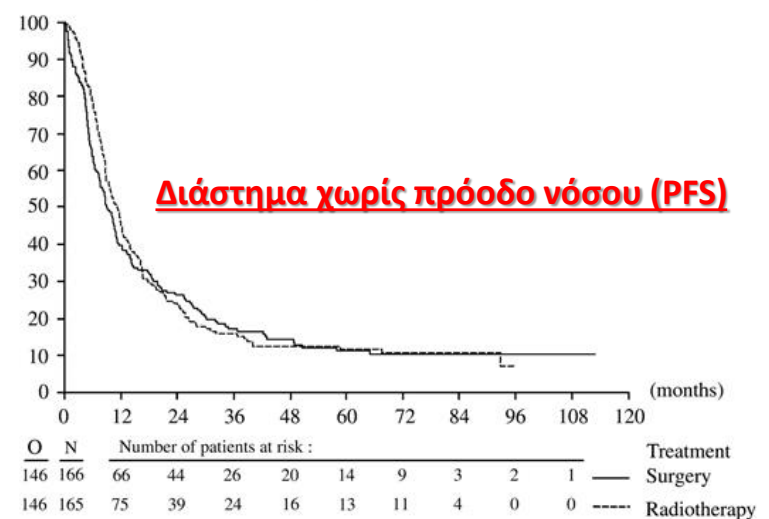
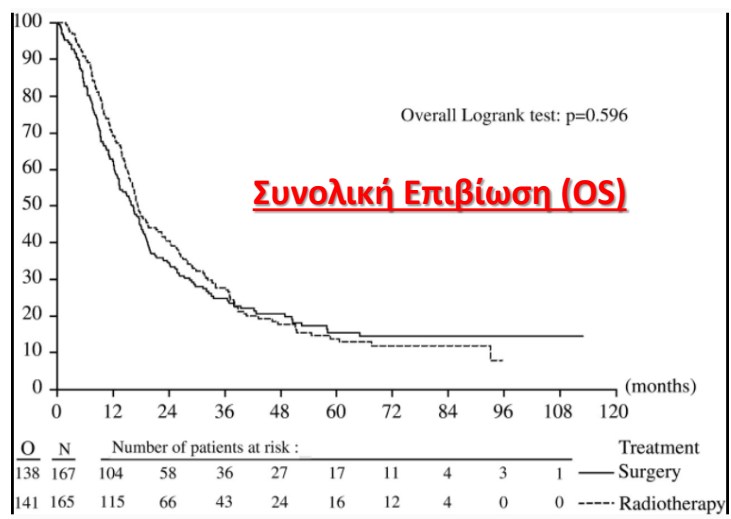
**Correspondence to:** Professor Gilbert Massard, Service de chirurgie thoracique, University Hospital of Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France. Email: Gilbert.Massard@chru-strasbourg.fr.

**Abstract:** Management of stage IIIA-IIIc non-small cell lung cancer is still matter of ongoing controversy. The debate is flawed by the heterogeneity of this group of patients, lack of strong evidence from controlled trials, diverging treatment strategies, and hesitating estimation of prognosis. Surgery is credited a survival advantage in a multimodality setting. For many years, N2 is by principle managed with induction chemotherapy, followed by surgery if the patient is down-staged. However, surgery remains a suitable option even in case of persistent N2. On the other hand, outcomes are comparable, regardless whether chemotherapy has been given as induction or adjuvant treatment. Hence, upfront surgery without invasive staging, followed by adjuvant therapies, appears reasonable in resectable single station N2 disease, simplifying patient care and reducing cost. We expect that molecular biomarkers will improve estimation of prognosis and patient selection in the future.

**Keywords:** Non-small cell lung cancer; stage IIIA-IIIc; multimodality treatment; surgery

Submitted Jul 17, 2016. Accepted for publication Jul 21, 2016.  
doi: 10.21037/jtd.2016.09.34  
View this article at: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2016.09.34>

**50% ατελείς εκτομές (R2)**





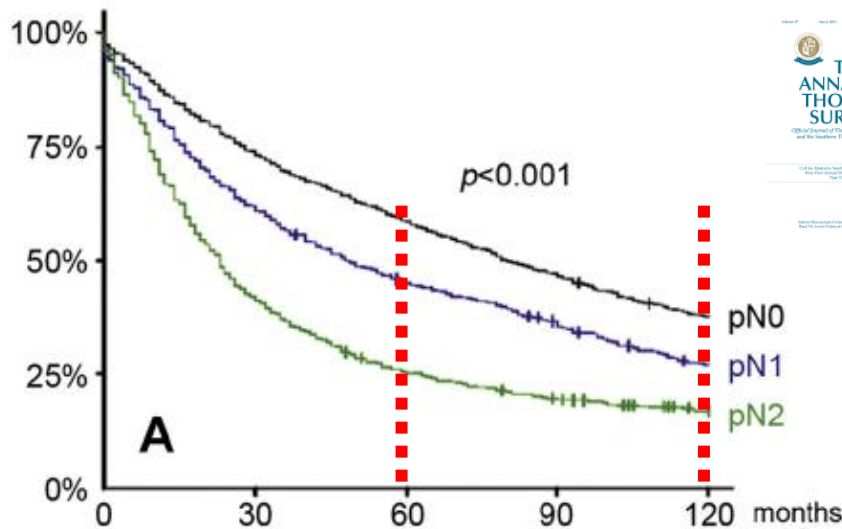
# Μελέτες

**1980 – 2009**

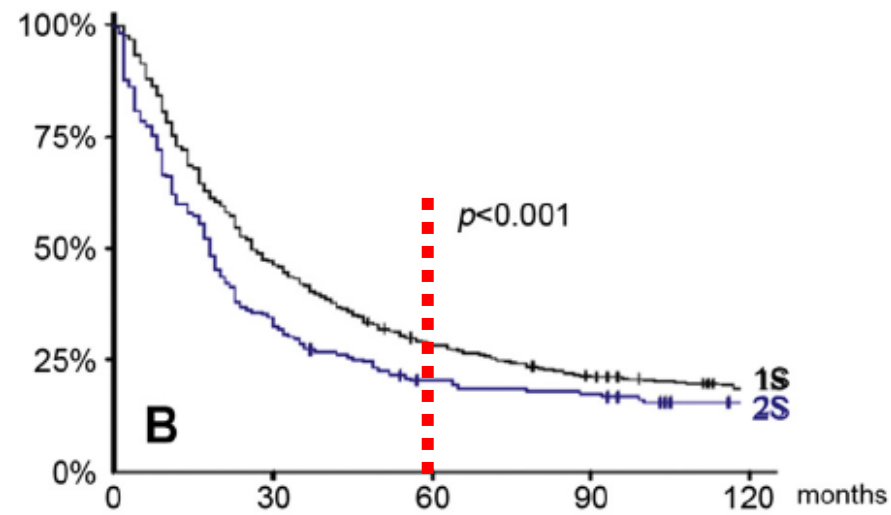
**871 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**



## Συνολική επιβίωση (OS)



**Long-Term Survival of Patients With pN2 Lung Cancer According to the Pattern of Lymphatic Spread.** Antoine Legras et al. *Ann Thorac Surg* 2014;97:1156–62 (France)



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος





# Μελέτες

Table 4. Univariate Analysis of the Survival Depending on the N Status (Overall Population, n = 3,910)

N Status	n (%)	Median (Months)	5-Year OS	10-Year OS
pN0	2317 (59.3)	80	58.6%	37.3%
pN1	722 (18.5)	48	45.1%	26.8%
pN2	871 (22.3)	23	25.4%	17%
pN0N2-1S	201 (23)	33	36.3%	25.4%
pN0N2-2S	57 (7)	21	27.8%	21.2%
pN1N2-1S	374 (43)	24	26.3%	18.6%
pN1N2-2S	239 (27)	14	14.3%	7%

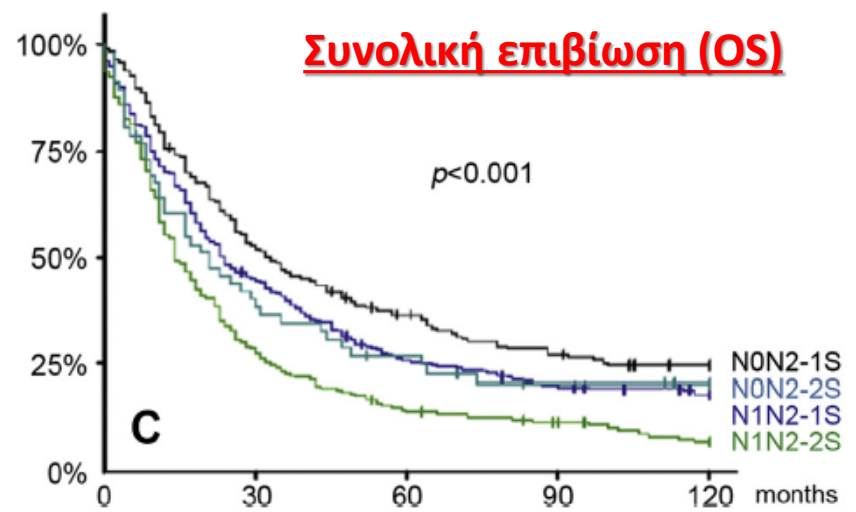
**1980 – 2009**

**871 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**

1S = single chain; 2S = 2 chains or greater; OS = overall survival.



Long-Term Survival of Patients With pN2 Lung Cancer According to the Pattern of Lymphatic Spread. Antoine Legras et al. Ann Thorac Surg 2014;97:1156–62 (France)



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



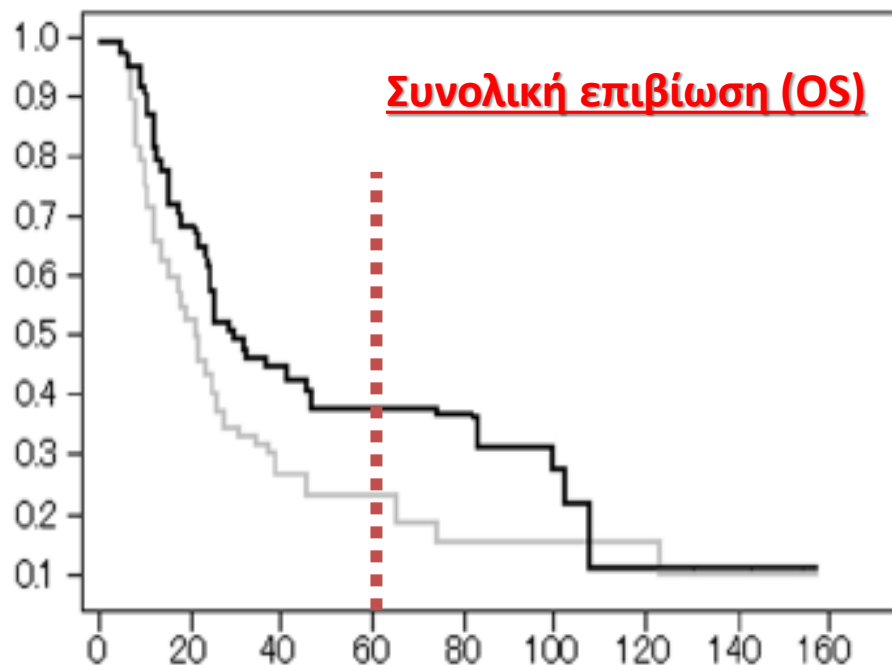
# Μελέτες

**1990 – 2010**

**227 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



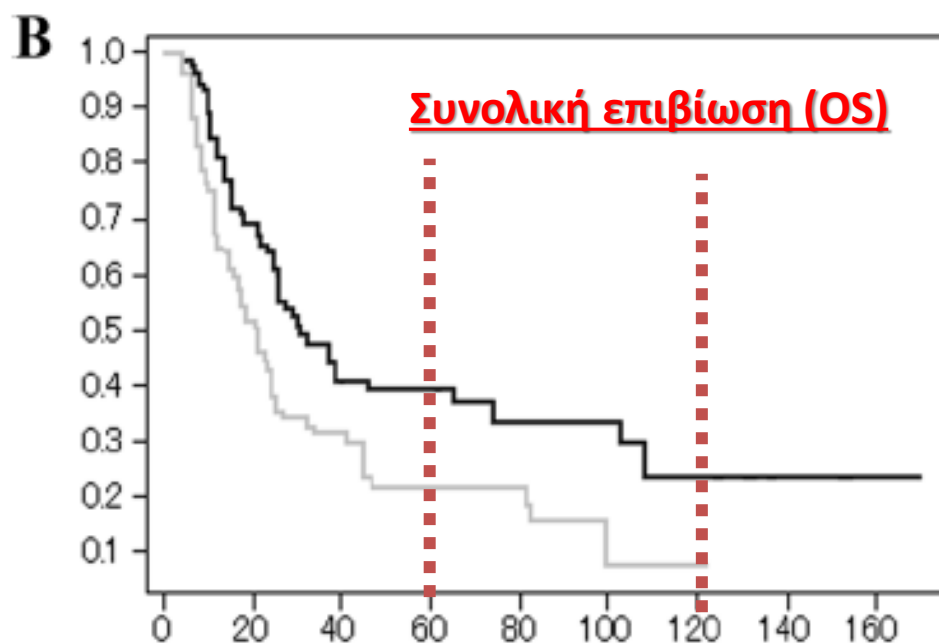
# Μελέτες

**1990 – 2010**

**227 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**



NSCLC: non-small cell lung cancer LNR: lymph node ratio

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Μελέτες

**1996 – 2015**

**982 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**

Variable	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Median OS (95% CI) (months)	P -value	Odds ratio (95% CI)	P -value
<b>Neoadjuvant treatment</b>				
Yes	32 (28.51–35.48)	<0.01	0.625 (0.514–0.761)	<0.01
No	24 (21.82–26.17)			
<b>LNR</b>				
≥1/3	17 (14.04–19.96)	<0.01	0.487 (0.395–0.602)	<0.01
<1/3	24 (22.36–25.64)			
<b>Skip metastases</b>				
Yes	24 (21.99–26.01)	0.01	0.699 (0.569–0.858)	<0.01
No	17 (14.98–19.02)			



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



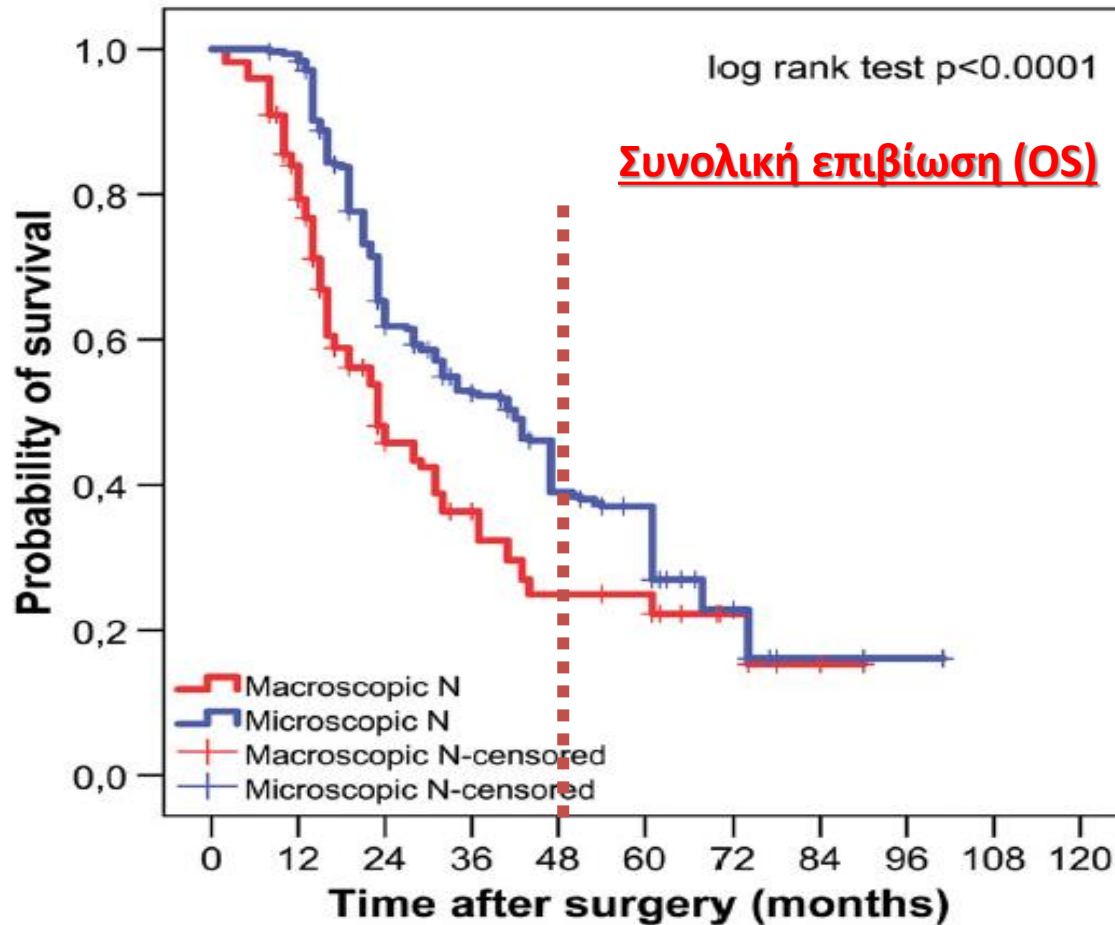
# Μελέτες

**1996 – 2015**

**982 pt**

**T1-3pN2M0**

**Χειρουργείο**



Microscopic N	309	302	172	139	82	55	17	7	3	0	0
Macroscopic N	673	366	151	108	74	65	16	1	0	0	0

**Microscopic N2 disease exhibits a better prognosis in resected non-small-cell lung cancer . Elena Garelli et al.**  
 European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 50 (2016) 322–328 (France)



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

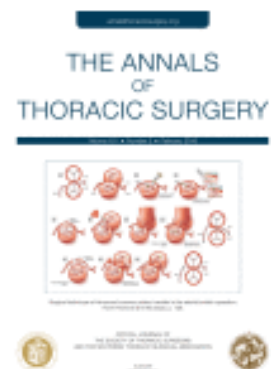
Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



# Μελέτες

## Conclusions

There are several similarities, but also selected differences, in the management of N2 NSCLC between thoracic surgeons in Europe and North America. In general, North American surgeons are more likely to surgically stage the mediastinum before operation, are less likely to offer surgical treatment when N2 disease is identified preoperatively, and are more likely to use induction therapy before resection. By contrast, European surgeons may offer operation as the initial treatment followed by adjuvant therapy in selected cases of N2 disease, and they may perform a more aggressive intra-operative nodal dissection. Many issues remain unresolved regarding the role of operations in N2 disease, but all contemporary series support that surgical treatment should be part of the multimodality treatment of N2 disease. There are opportunities for European and North American thoracic surgeons and their teams to work across the Atlantic to construct adequately powered clinical trials to address these issues.



**... οι Αμερικανοί συνηθίζουν να σταδιοποιούν χειρουργικά το μεσοθωράκιο και προσφέρουν λιγότερο συχνά χειρουργική θεραπεία, όταν η N2 πιστοποιηθεί προεγχειρητικά,**

**... ενώ οι Ευρωπαίοι προτιμούν την χειρουργική ως αρχική θεραπεία, ακολουθούμενη από επικουρική θεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς και εκτελούν πιο επιθετικά ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό.**

**Όλοι συμφωνούν ότι η χειρουργική πρέπει να είναι μέρος μιας πολυπαραγοντικής θεραπείας ...**

**Management of Stage IIIA (N2) Non-Small Cell Lung Cancer:  
A Transatlantic Perspective . Gaetano Rocco et al.  
Ann Thorac Surg 2016;101:1247–50**



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Μελέτες

## Conclusion

Because IIIA/N2 NSCLC is a heterogeneous disease in terms of its anatomical, biological and patient characteristics, the treatments for individual patients should also differ (53). Multimodality therapy clearly offers the best chance for an improved prognosis in patients with locally advanced IIIA/N2 NSCLC. In general, patients benefit from surgery when a radical resection can be achieved with a low morbidity and mortality (23). Therefore, surgery can be offered to patients with IIIA/N2 NSCLC that has been defined as potentially 'resectable' at the beginning of the treatment by a multidisciplinary panel that includes a medical oncologist, radiation oncologist and thoracic surgeon. Further substantial studies including prospective randomized controlled trials are needed to investigate the role of surgery in the treatment of IIIA/N2 NSCLC patients.



*... οι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν από την χειρουργική, όταν μπορεί να επιτευχθεί ριζική εκτομή με χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα.*

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες



Εισαγωγή

Ορισμοί

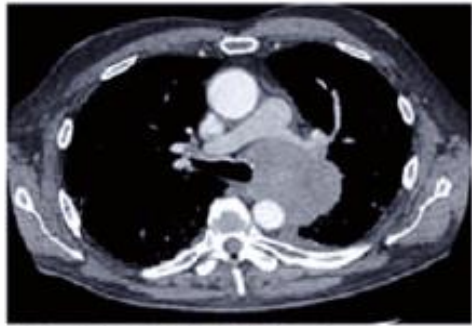
Up to Date

Μελέτες

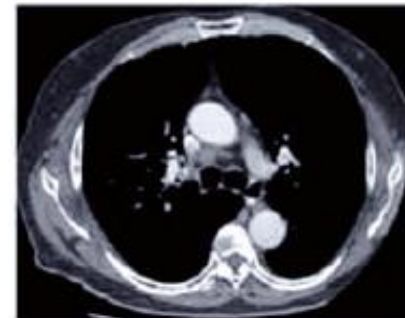
Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

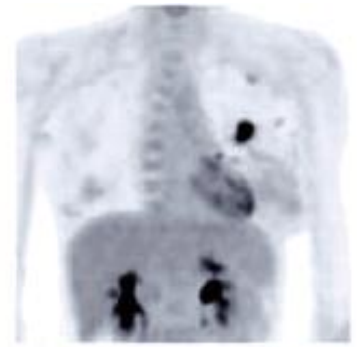
Συμπεράσματα



Mediastinal Infiltration

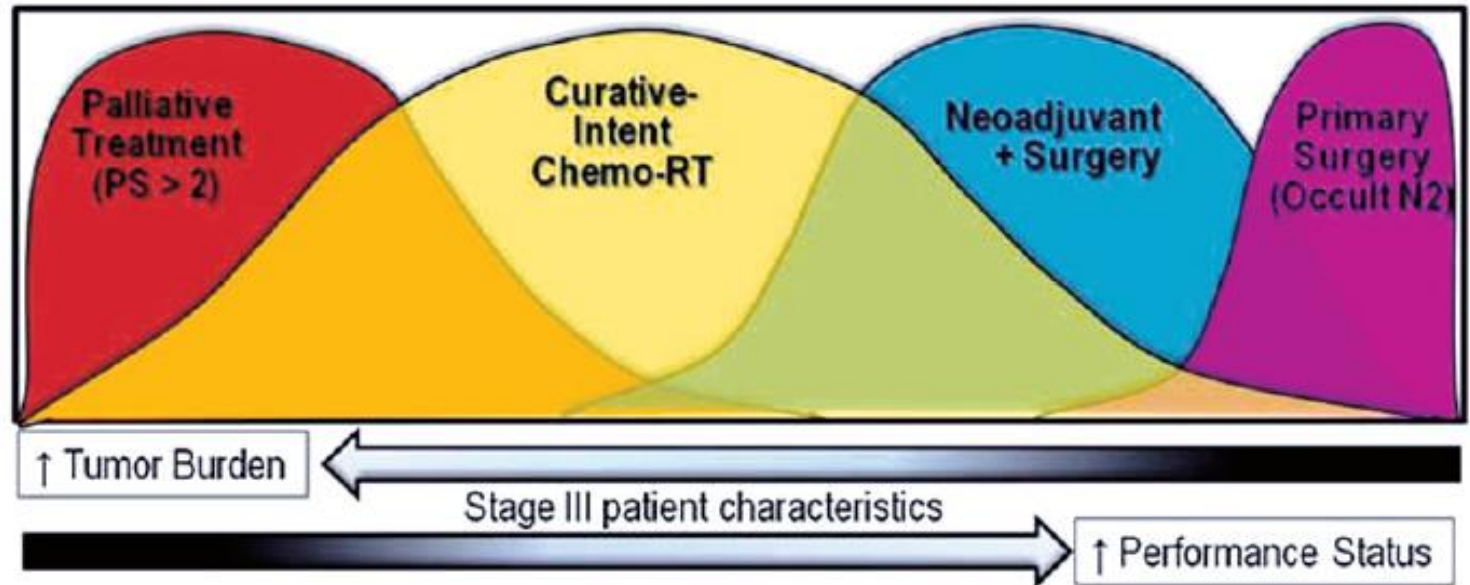


Discrete node enlargement



Clinically occult N2

Schematic of types of patients included in studies using different treatment approaches



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

**3.5.1. In patients with discrete N2 involvement by NSCLC identified preoperatively (IIIA), it is recommended that the treatment plan should be made with the input from a multidisciplinary team (Grade 1C).**

*Remark:* The multidisciplinary team should include at a minimum a thoracic surgeon, medical oncologist, and radiation oncologist.

*Remark:* The decision should be made collaboratively by the entire team so as to reflect collective judgment.

*Remark:* The plan should include the entire proposed treatment, including plans contingent on the results of reevaluations (ie, initial treatment response or nonresponse), not simply a first step.



**3.5.1. Οι ασθενείς που εμφανίζουν διακριτή N2 προεγχειρητικά, συστήνεται το θεραπευτικό πλάνο να σχεδιάζεται από μία διεπιστημονική ομάδα. (Grade 1C)**

**Σημειώσεις: Η διεπιστημονική ομάδα θα πρέπει κατ' ελάχιστο να αποτελείται από ένα θωρακοχειρουργό, έναν ογκολόγο και έναν ακτινοθεραπευτή. Η απόφαση της ομάδα θα πρέπει να είναι συλλογική και να προκύπτει ως αποτέλεσμα συνεργασίας.**

**Το θεραπευτικό πλάνο πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλα τα επιμέρους στάδια της θεραπείας μαζί με τα αποτελέσματα και τις επανεκτιμήσεις και να παρακολουθείται από όλους.**

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

3.5.2. In patients with discrete N2 involvement by NSCLC identified preoperatively (IIIA), either definitive chemoradiation therapy or induction therapy followed by surgery is recommended over either surgery or radiation alone (Grade 1A).



**3.5.2. Οι ασθενείς που εμφανίζουν διακριτή N2 προεγχειρητικά, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ή με ριζική ΧΜΘ+Α/Θ ή με εισαγωγική θεραπεία ακολουθούμενη από χειρουργείο, τα οποία υπερέχουν από μόνη την χειρουργική επέμβαση ή μόνη της την Α/Θ. (Grade 1A)**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

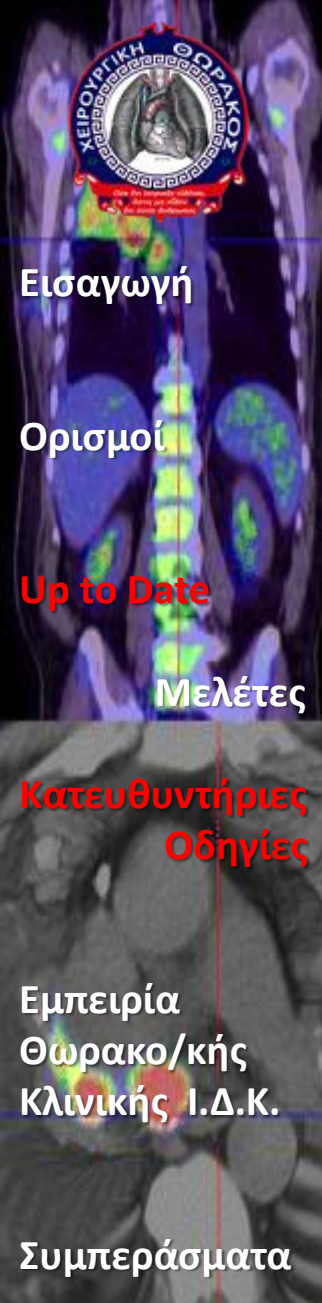


# Κατευθυντήριες Οδηγίες

3.5.3. In patients with discrete N2 involvement by NSCLC identified preoperatively (IIIA), primary surgical resection followed by adjuvant therapy is not recommended (except as part of a clinical trial) (Grade 1C).



3.5.3. Οι ασθενείς που εμφανίζουν διακριτή N2 προεγχειρητικά, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με χειρουργείο ακολουθούμενο από επικουρική θεραπεία (εκτός εάν πρόκειται για κλινική μελέτη). (Grade 1C)



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

4.5.1. In patients with NSCLC undergoing surgical resection, systematic mediastinal lymph node sampling or complete mediastinal lymph node dissection is recommended (Grade 1B).



*Remark:* It is unclear whether lymphadenectomy offers a survival benefit over systematic sampling, but in general, lymphadenectomy is suggested if there is evidence of N2 node involvement.

4.5.2. Στους ασθενείς, όπου διενεργείται χειρουργική εκτομή, προτείνεται να συνοδεύεται από ριζικό, συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου ή συστηματική δειγματοληψία (Grade 2B).

**Σημείωση:** Δεν είναι ξεκάθαρο εάν ο ριζικός, συστηματικός, λεμφαδενικός καθαρισμός του μεσοθωρακίου υπερέχει όσον αφορά την συνολική επιβίωση συγκριτικά με την δειγματοληψία στην N2, αλλά γενικά προτείνεται ο ριζικός, συστηματικός, λεμφαδενικός καθαρισμός .

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

4.5.2. In patients with NSCLC who have incidental (occult) N2 disease (IIIA) found at surgical resection despite thorough preoperative staging and in whom complete resection of the lymph nodes and primary tumor is technically possible, completion of the planned lung resection and mediastinal lymphadenectomy is suggested (Grade 2C).

*Remark:* In a patient who has not received preoperative staging despite clinical suspicion of N2 node involvement (ie, enlarged on CT, uptake on PET, or negative CT and PET but with a central tumor or N1 involvement), the operation should be aborted and staging completed if N2 disease is identified intraoperatively.

**4.5.2. Στους ασθενείς, όπου διεγχειρητικά ανευρίσκεται κρυπτογενής N2, εάν τεχνικά είναι εφικτή η επίτευξη R0 εκτομής, τότε πρέπει να ολοκληρώνεται το χειρουργείο με ανατομική εκτομή και ριζικό, συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου (Grade 2C).**

**Σημείωση: Στους ασθενείς, όπου δεν έχει διενεργηθεί προεγχειρητική επεμβατική σταδιοποίηση, αλλά υπάρχει υψηλή απεικονιστική υποψία N2 (κεντρικοί όγκοι, διήθηση N1), όταν διεγχειρητικά ανευρίσκεται κρυπτογενής N2, θα πρέπει να εγκαταλείπεται η χειρουργική επέμβαση και να διενεργείται μόνο διεγχειρητική σταδιοποίηση.**



Treatment of stage III non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: ACCP evidence-based clinical practice guidelines.

Ramnath N et al. *Chest*. 2013 May;143(5 Suppl):e314S-e340S



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

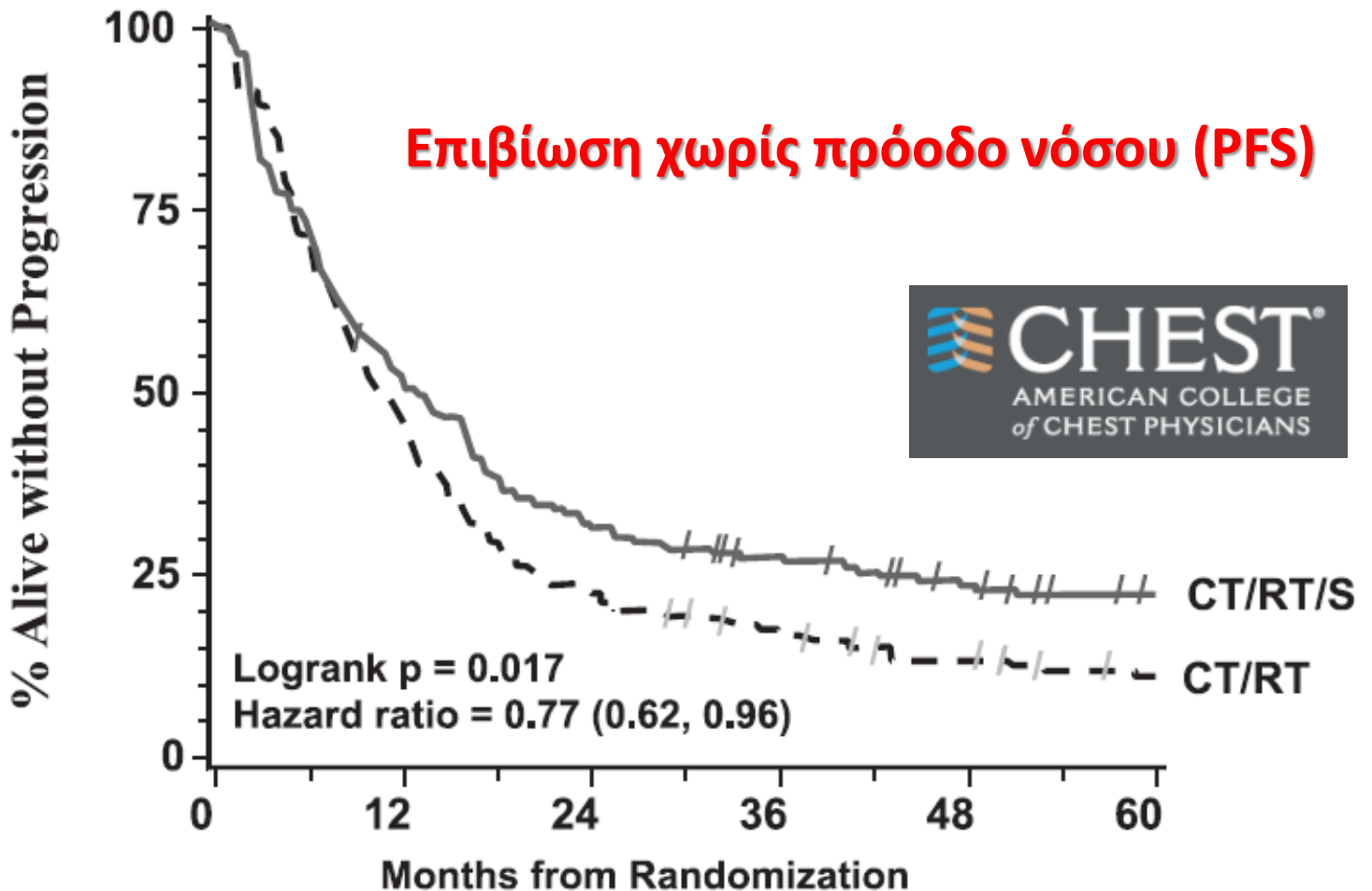
Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## A Intergroup 0139: Progression-Free Survival

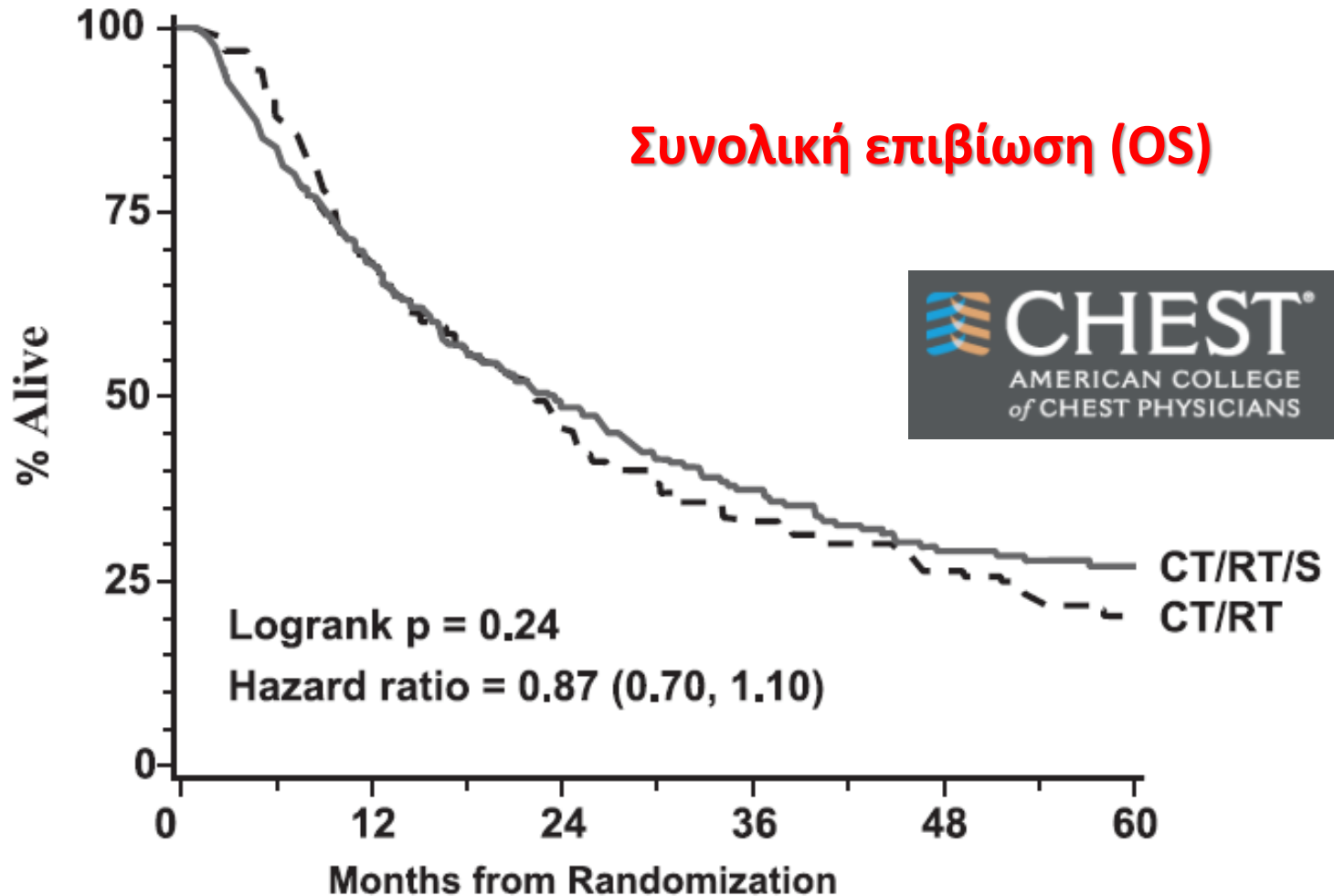


Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## B Intergroup 0139: Overall Survival



Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες



Εισαγωγή

Ορισμοί

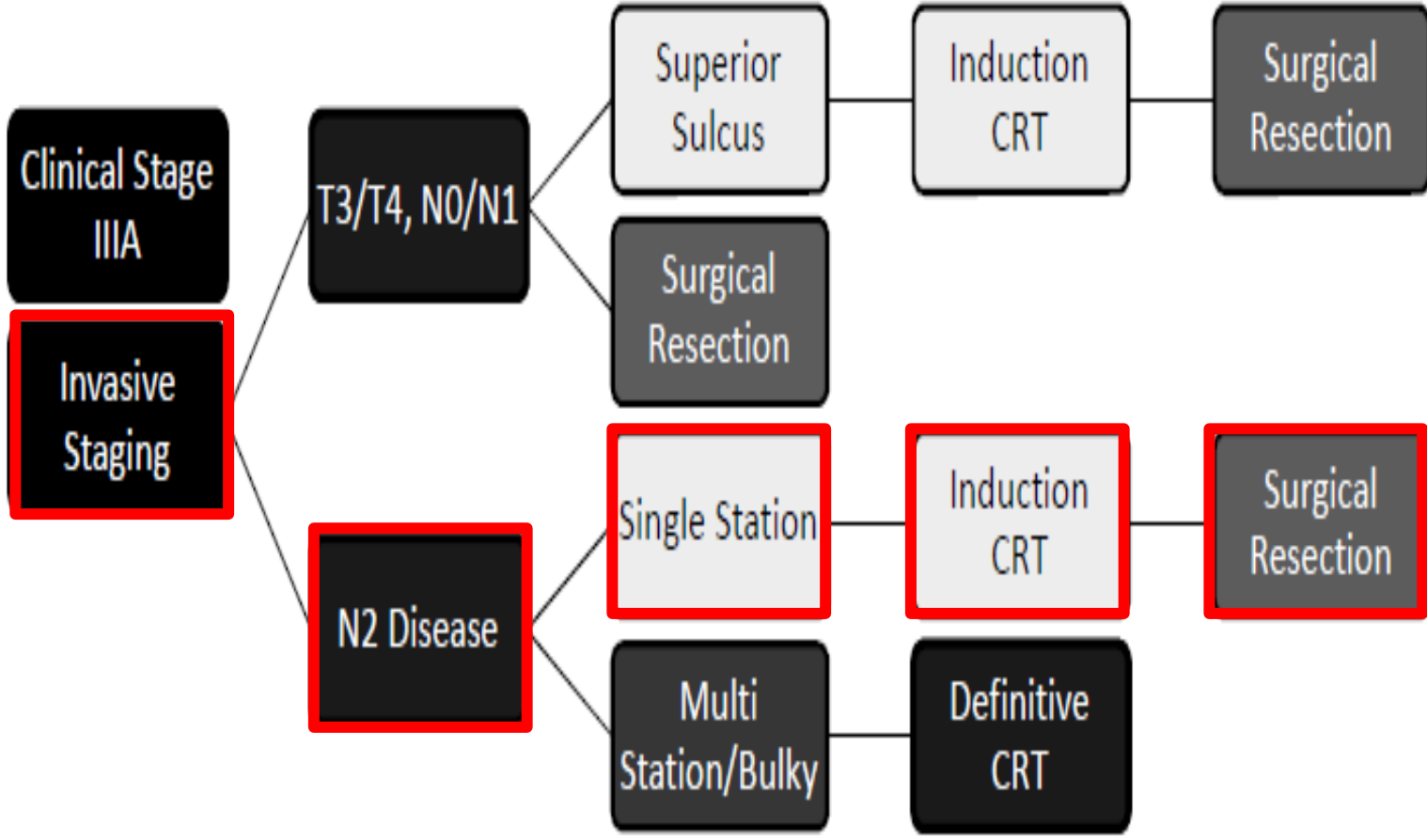
Up to Date

Μελέτες

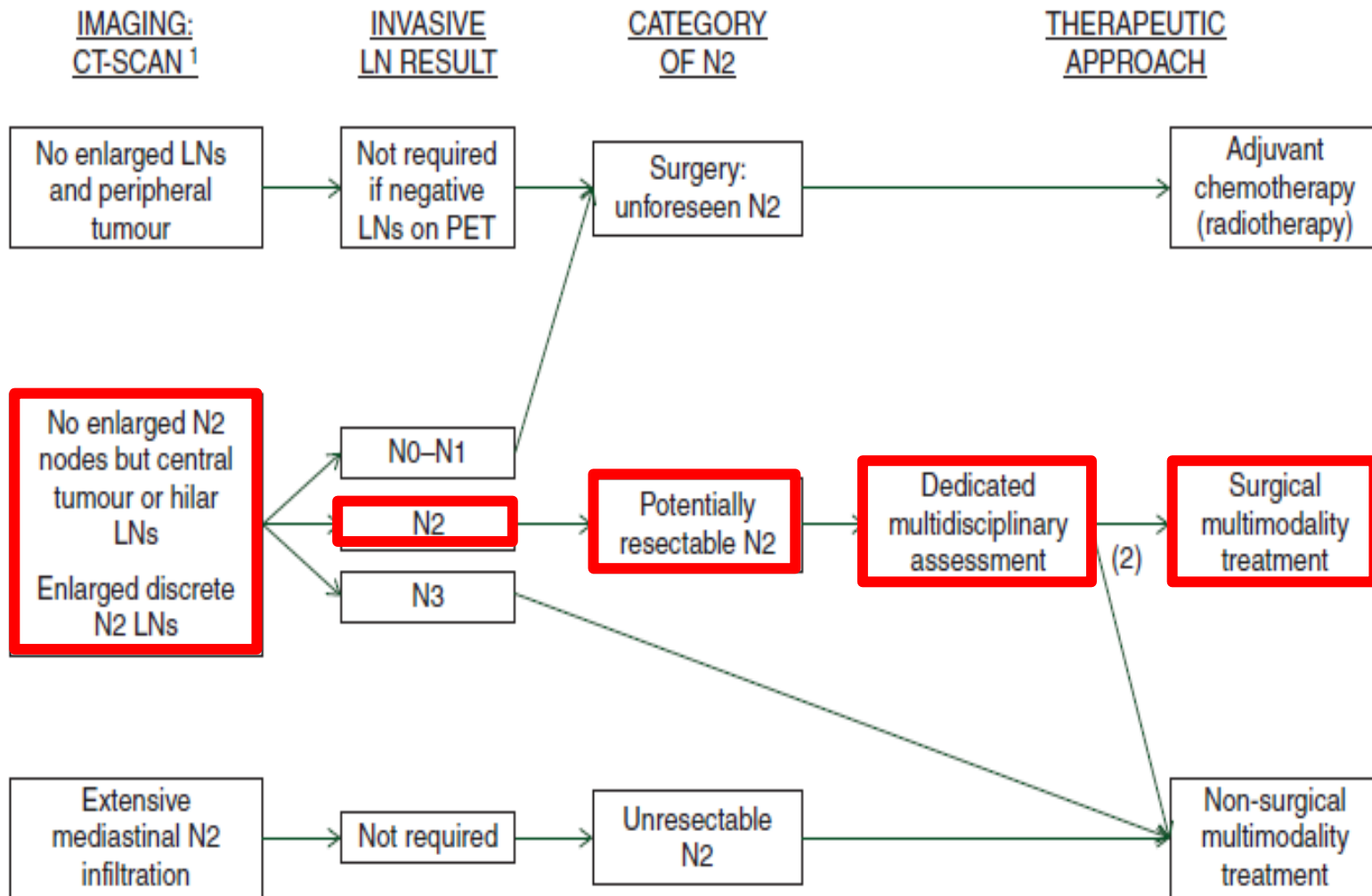
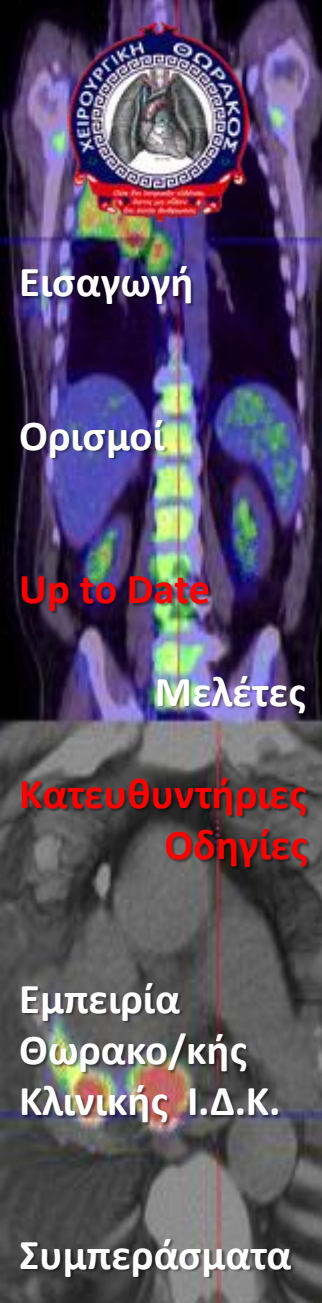
Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

- Patients with occult-positive N2 nodes discovered at the time of pulmonary resection should continue with the planned resection along with formal mediastinal lymph node dissection. If N2 disease is noted in patients undergoing VATS, the surgeon may consider stopping the procedure so that induction therapy can be administered before surgery; however, continuing the procedure is also an option.
- The determination of the role of surgery in a patient with N2-positive lymph nodes should be made prior to the initiation of any therapy by a multidisciplinary team, including a board-certified thoracic surgeon who has a major part of his/her practice dedicated to thoracic oncology.<sup>4</sup>

Στους ασθενείς, όπου διεγχειρητικά ανευρίσκεται κρυπτογενής N2, θα πρέπει να ολοκληρώνεται το χειρουργείο με ανατομική εκτομή και ριζικό, συστηματικό λεμφαδενικό καθαρισμό μεσοθωρακίου.

Σε παρόμοια περίπτωση θωρακοσκοπικής όμως προσέγγισης θα πρέπει να διακόπτεται το χειρουργείο κι ο ασθενής να λαμβάνει εισαγωγική θεραπεία. Παρά ταύτα θα μπορούσε και να συνεχιστεί το χειρουργείο. Ο καθορισμός του ρόλου της χειρουργικής θεραπείας σε ασθενείς με N2 θα πρέπει να γίνεται εξ' αρχής στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας, όπου θα συμμετέχει θωρακοχειρουργός, εξειδικευμένος στην ογκολογία του θώρακα.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## Επιβίωση μετά από Χειρουργείο ± ΧΜΘ



Εισαγωγή

Ορισμοί

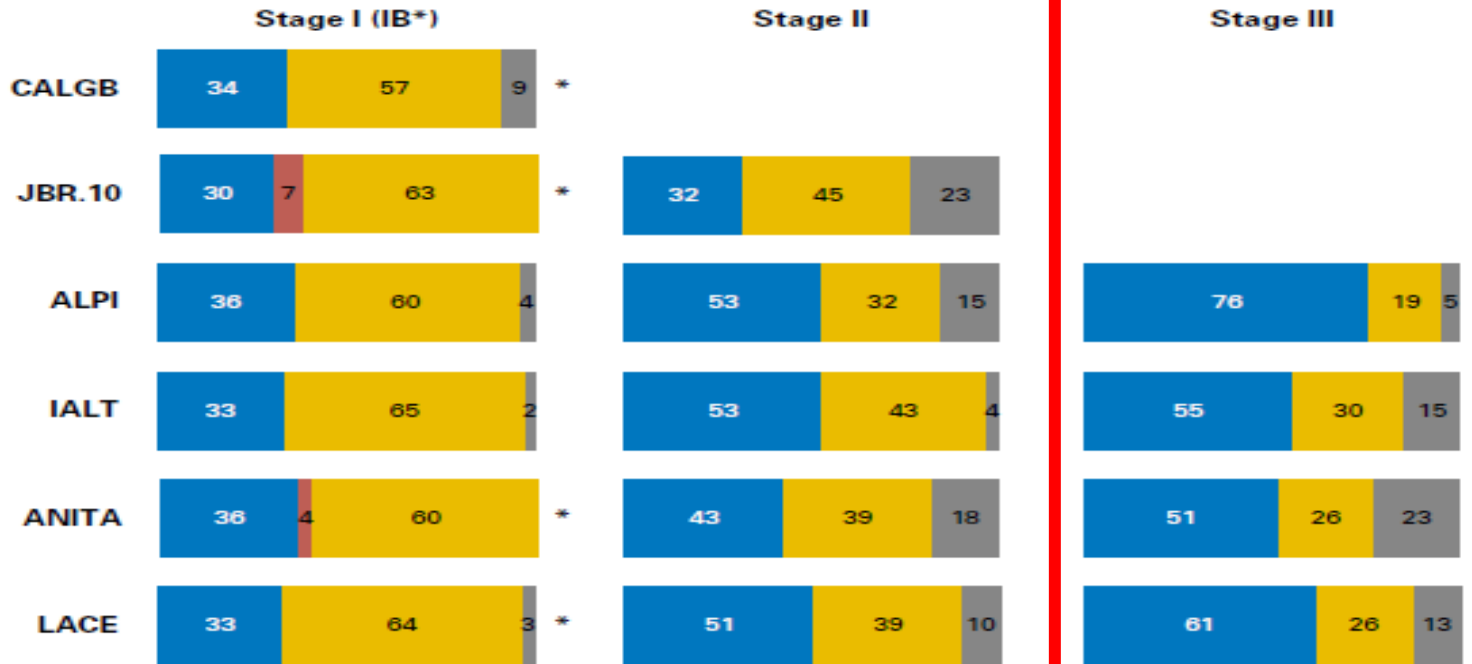
Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



- Θάνατος στην 5ετία είτε υπεβλήθησαν σε ΧΜΘ είτε όχι
- Αυτοί που επέζησαν στην 5ετία χωρίς να υποβληθούν σε ΧΜΘ
- Αυτοί που επέζησαν στην 5ετία επειδή υπεβλήθησαν σε ΧΜΘ

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

*Recommendation 2.2.* Stage IIIA (N2): Adjuvant radiation therapy is not recommended for routine use. A postoperative multimodality evaluation, including a consultation with a radiation oncologist, is recommended to assess benefits and risks of adjuvant radiotherapy for each patient with N2 disease (Type: Evidence based and Panel consensus; Benefits outweigh harms; Evidence quality: Intermediate<sup>4</sup>; Strength of recommendation: Moderate).

Αναφορικά με το στάδιο IIIA, η επικουρική ακτινοθεραπεία δεν προτείνεται για συνήθη εφαρμογή. Αντίθετα προτείνεται μια μετεγχειρητική, διεπιστημονική εκτίμηση, όπου θα συμπεριλαμβάνεται κι ένας ακτινοθεραπευτής, ώστε να σταθμίζονται τα πλεονεκτήματα και οι κίνδυνοι της επικουρικής ακτινοθεραπείας για κάθε ένα ασθενή.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

2020



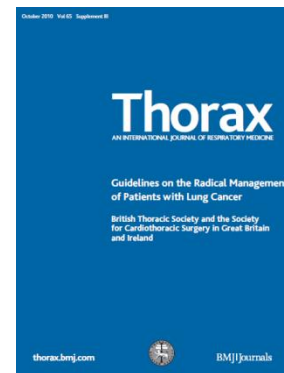
Adjuvant Systemic Therapy and Adjuvant Radiation Therapy for Stage I to IIIA Completely Resected  
Non-Small-Cell Lung Cancers: ASCO/Cancer Care Ontario Clinical Practice Guideline Update  
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY VOLUME 35 • NUMBER 25 • 2017



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## Single zone N2 disease

Resection may be considered in patients with single zone N2 disease as survival is similar to patients with multi-zone N1b disease.<sup>63[N/A]</sup> There may also be a role for surgery when the tumour volume or the primary tumour plus nodal disease cannot be encompassed in a radical radiotherapy field. Surgery followed by chemotherapy in this setting may be an alternative to palliative treatment, although there is no direct evidence for this approach.



Η χειρουργική εκτομή αποτελεί μια θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με **N2 σε μία ζώνη**, αφού η επιβίωσή τους είναι παρόμοια με αυτή των ασθενών με **N1 πολλαπλών ζωνών**.

Ακόμη η χειρουργική μπορεί να παίξει ρόλο σε ασθενείς όπου ο πρωτοπαθής όγκος μαζί με την λεμφαδενοπάθεια δεν μπορούν να συμπεριληφθούν σε ένα ενιαίο πεδίο για την εφαρμογή ριζικής ακτινοθεραπείας.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες



Εισαγωγή

Ορισμοί

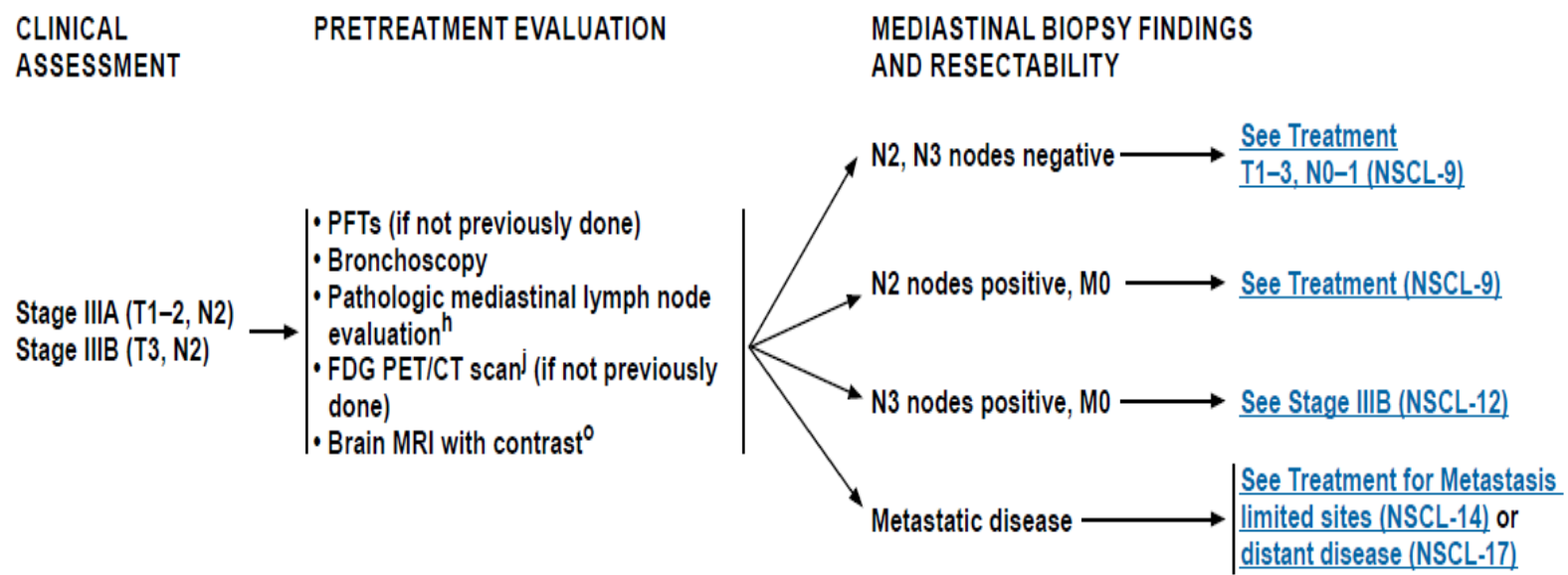
Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εισαγωγή

Ορισμοί

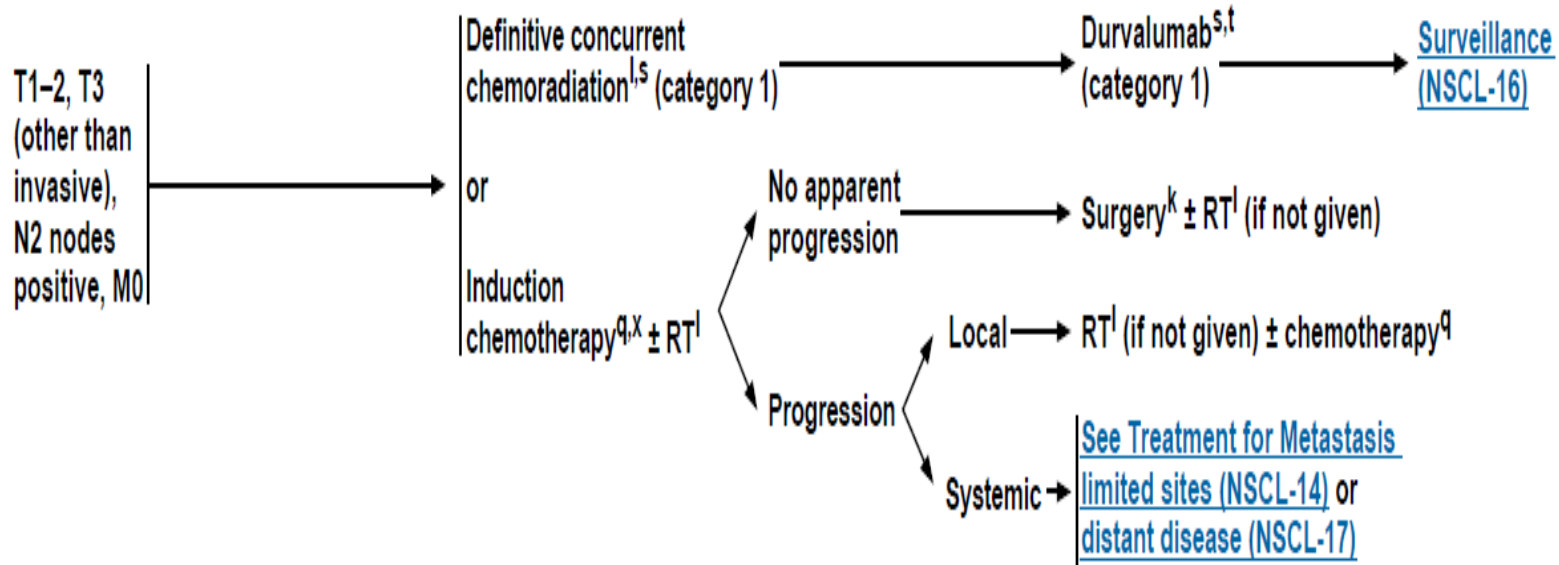
Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

The role of surgery in patients with pathologically documented N2 disease remains controversial.<sup>1</sup> Two randomized trials evaluated the role of surgery in this population, but neither showed an overall survival benefit with the use of surgery.<sup>2,3</sup> However, this population is heterogeneous and the panel believes that these trials did not sufficiently evaluate the nuances present with the heterogeneity of N2 disease and the likely oncologic benefit of surgery in specific clinical situations.

**Ο ρόλος της χειρουργικής σε παθολογοανατομικά επιβεβαιωμένη N2 νόσο παραμένει αμφιλεγόμενος.**

**Δύο τυχαιοποιημένες μελέτες που αξιολόγησαν το ρόλο της χειρουργικής σε ασθενείς με N2 νόσο δεν κατάφεραν να αποδείξουν όφελος στην συνολική επιβίωση με την εφαρμογή χειρουργικής θεραπείας.**

**Παρόλα αυτά λόγω της ετερογένειας της νόσου N2, οι μελέτες δεν κατάφεραν να αξιολογήσουν τις μικρές διαφορές, καθώς και το ογκολογικό όφελος από την χειρουργική παρέμβαση.**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

- The presence or absence of N2 disease should be vigorously determined by both radiologic and invasive staging prior to the initiation of therapy since the presence of mediastinal nodal disease has a profound impact on prognosis and treatment decisions. ([NSCL-1](#), [NSCL-2](#), and [NSCL-6](#))

Η παρουσία ή απουσία N2 νόσου θα πρέπει να διευκρινίζεται συνδυαστικά με απεικονιστικές και επεμβατικές τεχνικές σταδιοποίησης πριν την έναρξη της θεραπείας, καθώς καθορίζει την πρόγνωση και τις αποφάσεις για το είδος της θεραπείας.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

- Patients with occult-positive N2 nodes discovered at the time of pulmonary resection should continue with the planned resection along with formal mediastinal lymph node dissection. If N2 disease is noted in patients undergoing VATS, the surgeon may consider stopping the procedure so that induction therapy can be administered before surgery; however, continuing the procedure is also an option.
- The determination of the role of surgery in a patient with N2-positive lymph nodes should be made prior to the initiation of any therapy by a multidisciplinary team, including a thoracic surgeon who has a major part of his/her practice dedicated to thoracic oncology.<sup>4</sup>

Σε περίπτωση που η N2 νόσος ανακαλύπτεται διεγχειρητικά, τότε το πλάνο της επέμβασης θα πρέπει να συνεχιστεί κανονικά, συνοδευόμενο από τυπικό λεμφαδενικό καθαρισμό του μεσοθωρακίου. Σε περίπτωση που η N2 νόσος είναι κρυψιγενής και αναγνωριστεί κατά την θωρακοσκόπηση, ο χειρουργός θα μπορούσε να σταματήσει την επέμβαση προκειμένου ο ασθενής να λάβει εισαγωγική θεραπεία, αλλά και το να ολοκληρώσει την εκτομή είναι επίσης μια αποδεκτή θέση.

Ο καθορισμός του ρόλου της χειρουργικής σε ασθενείς με N2 νόσο θα πρέπει να συζητείται στο ογκολογικό συμβούλιο, το οποίο συμπεριλαμβάνει οπωσδήποτε θωρακοχειρουργό εξειδικευμένο στην ογκολογία του θώρακος.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

- The presence of N2-positive lymph nodes substantially increases the likelihood of positive N3 lymph nodes. Pathologic evaluation of the mediastinum must include evaluation of the subcarinal station and contralateral lymph nodes. EBUS +/- EUS are additional techniques for minimally invasive pathologic mediastinal staging that are complementary to mediastinoscopy. Even when these modalities are employed it is important to have an adequate evaluation of the number of stations involved and biopsy and documentation of negative contralateral lymph node involvement prior to a final treatment decision.

**Η παρουσία N2 νόσου αυξάνει την πιθανότητα ανεύρεσης N3 νόσου.**

**Η ιστολογική διερεύνηση του μεσοθωρακίου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την εκτίμηση του υποτροπιδικού σταθμού καθώς και τους ετερόπλευρους λεμφαδένες.**

**Το EBUS και EUS αποτελούν επιπρόσθετες τεχνικές για την ελάχιστη επεμβατική ιστολογική σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου ως συμπληρωματικές της μεσοθωρακοσκόπησης. Εφόσον είναι διαθέσιμες αυτές οι τεχνικές, θα πρέπει να διενεργείται εκτίμηση όλων των λεμφαδενικών σταθμών και να αποκλειστεί η ετερόπλευρη λεμφαδενοπάθεια πριν τις τελικές αποφάσεις για την θεραπεία του.**

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

- Repeat mediastinoscopy, while possible, is technically difficult and has a lower accuracy compared to primary mediastinoscopy. One possible strategy is to perform EBUS ( $\pm$  EUS) in the initial pretreatment evaluation and reserve mediastinoscopy for nodal restaging after neoadjuvant therapy.<sup>5</sup>
- Patients with a single lymph node smaller than 3 cm can be considered for a multimodality approach that includes surgical resection.<sup>1,6,7</sup>

Η επανάληψη της μεσοθωρακοσκόπησης είναι τεχνικά δυσκολότερη και με λιγότερη ακρίβεια συγκριτικά με την αρχική μεσοθωρακοσκόπηση. Μία πιθανή στρατηγική θα μπορούσε να είναι η διενέργεια EBUS ( $\pm$  EUS) αρχικά για την σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου και μεσοθωρακοσκόπηση για την επανασταδιοποίηση μετά το πέρας της εισαγωγικής θεραπείας.

Ασθενείς με ένα μονήρη λεμφαδένα  $< 3$  cm θα πρέπει να θεωρούνται κατάλληλοι για πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση που θα συμπεριλαμβάνει και την χειρουργική εξαίρεση.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

- Restaging after induction therapy is difficult to interpret, but CT +/- PET should be performed to exclude disease progression or interval development of metastatic disease.
- Patients with negative mediastinum after neoadjuvant therapy have a better prognosis.<sup>7,8</sup>
- Neoadjuvant chemoradiotherapy is used in 50% of the NCCN Member Institutions, while neoadjuvant chemotherapy is used in the other 50%. Overall survival appears similar provided RT is given postoperatively, if not given preoperatively.<sup>5,9</sup> Neoadjuvant chemoradiotherapy is associated with higher rates of pathologic complete response and negative mediastinal lymph nodes.<sup>10</sup> However, that is achieved at the expense of higher rates of acute toxicity and increased cost.

**Παρόλο που η επανασταδιοποίηση μετά την εισαγωγική θεραπεία είναι δύσκολο να ερμηνευτεί, θα πρέπει να διενεργείται CT ± PET ώστε να μπορεί να προσδιοριστεί η ύπαρξη προόδου της νόσου ή η μεταστατική της επέκταση.**

**Οι ασθενείς με αρνητικό για τη διασπορά της νόσου μεσοθωράκιο μετά την εισαγωγική θεραπεία έχουν καλύτερη πρόγνωση.**

**Το 50% των θεραπευτικών κέντρων εφαρμόζουν εισαγωγική χημειο-ακτινοθεραπεία, ενώ το υπόλοιπο 50% εισαγωγική χημειοθεραπεία. Η συνολική επιβίωση των ασθενών φαίνεται να είναι η ίδια είτε η χημειο-ακτινοθεραπεία διενεργείται προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά.**

**Η εισαγωγική χημειο-ακτινοθεραπεία σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά πλήρους ανταπόκρισης και αρνητικοποίησης των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου. Αυτό βέβαια επιτυγχάνεται με μεγαλύτερο κόστος και αυξημένη τοξικότητα.**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Κατευθυντήριες Οδηγίες

## The Role of Surgery in Patients with Stage IIIA (N2) NSCLC

A questionnaire was submitted to the NCCN Member Institutions in 2010 regarding their approach to patients with N2 disease. Their responses indicate the patterns of practice when approaching this difficult clinical problem.

- Would consider surgery in patients with one N2 lymph node station involved by a lymph node smaller than 3 cm: (90.5%)
- Would consider surgery with more than one N2 lymph node station involved, as long as no lymph node was bigger than 3 cm: (47.6%)
- Uses EBUS (+/- EUS) in the initial evaluation of the mediastinum: (80%)
- Uses pathologic evaluation of the mediastinum, after neoadjuvant therapy, to make a final decision before surgery: (40.5%)

**Οι τοποθετήσεις των θωρακοχειρουργικών κέντρων σχετικά με την προσέγγιση και κλινική πρακτική για την N2 νόσο ήταν:**

**A. 90.5% θεωρεί ορθή την διενέργεια χειρουργικής εξαίρεσης σε ασθενείς με N2 νόσο σε ένα μόνο λεμφαδένα < 3 cm.**

**B. 47.6 % θεωρεί ορθή την διενέργεια χειρουργικής εξαίρεσης σε ασθενείς με N2 νόσο και διήθηση περισσότερων του ενός λεμφαδενικών σταθμών, αλλά οι λεμφαδένες να μην είναι μεγαλύτεροι των 3 cm.**

**Γ. 80 % χρησιμοποιεί το EBUS ( $\pm$  EUS) στην αρχική εκτίμηση του μεσοθωρακίου.**

**Δ. 40.5 % Χρησιμοποιεί την ιστολογική εκτίμηση του μεσοθωρακίου μετά την εισαγωγική θεραπεία, πριν την τελική απόφαση για χειρουργείο.**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα



Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



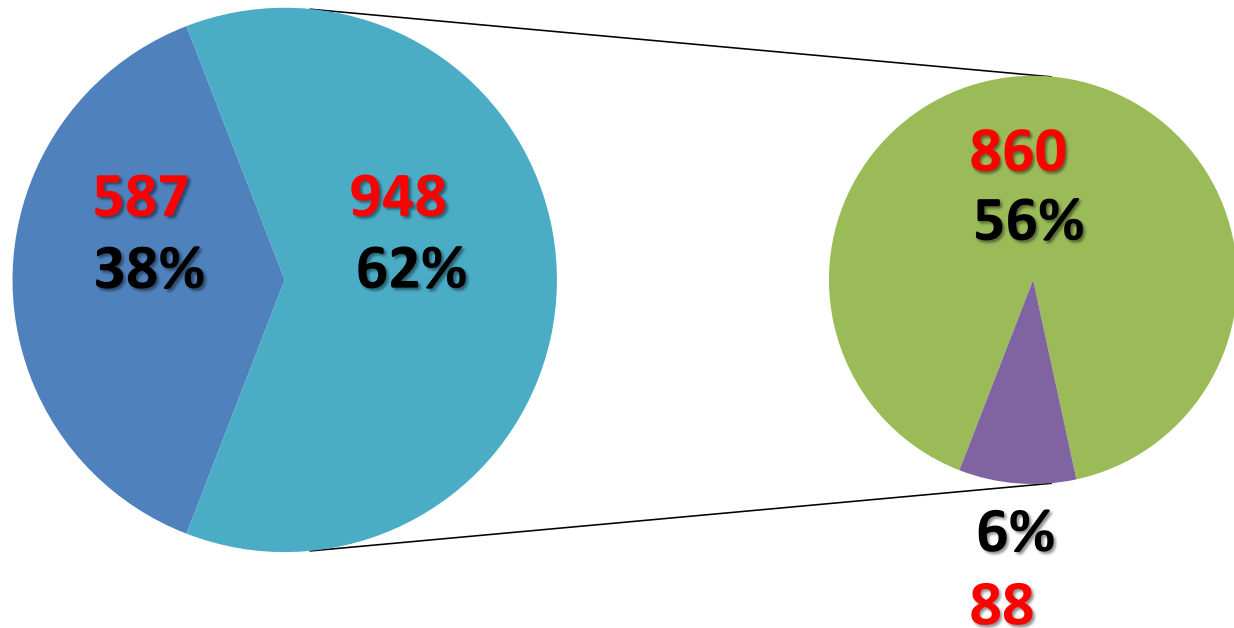
Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης  
2002 - 2017



# Θωρακοχειρουργική Κλινική

## Θωρακοχειρουργικές Επεμβάσεις

■ Άλλες   ■ Εκτομές Πνεύμονα   ■ N0 - N1   ■ N2



**Συνολικά 1535 περιστατικά**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

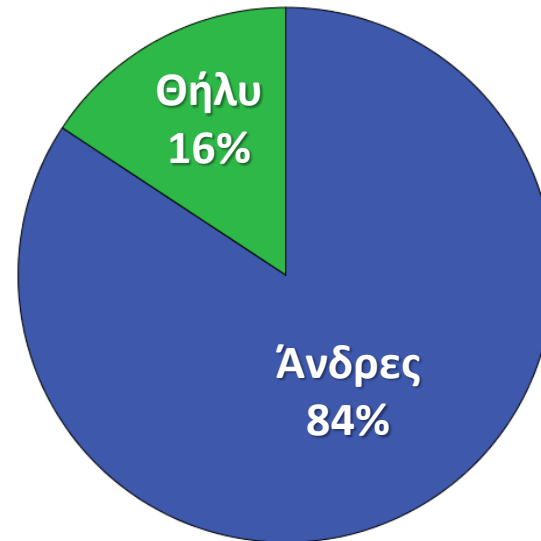
Συμπεράσματα

# Θωρακοχειρουργική Κλινική

## Δημογραφικά στοιχεία

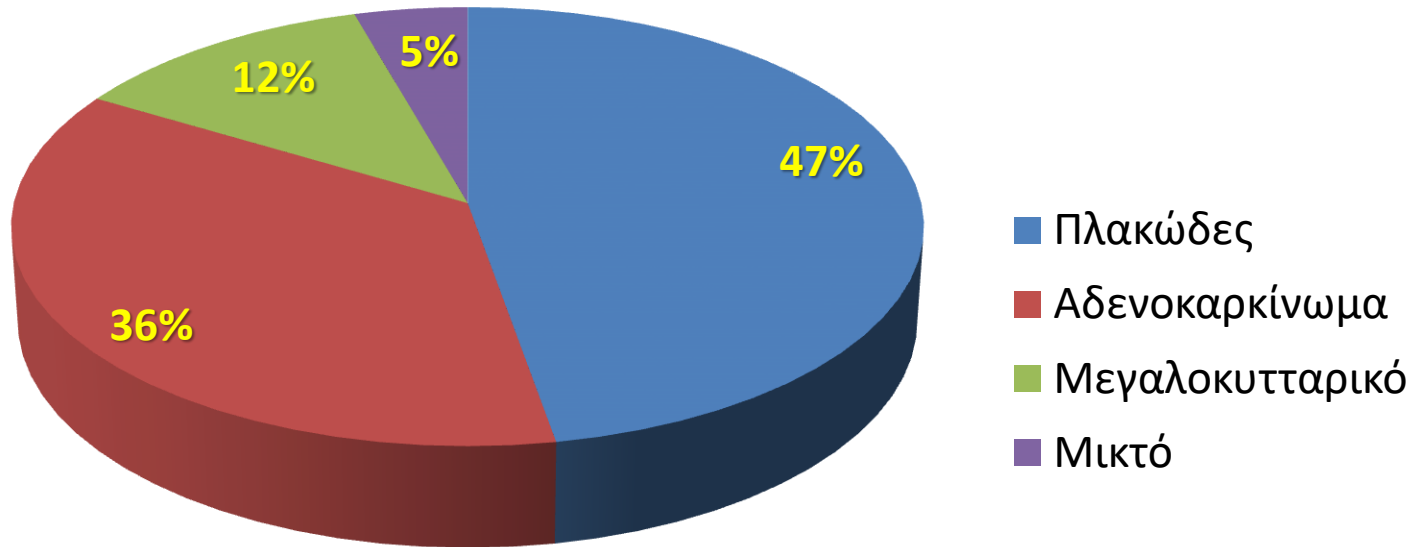
Ηλικία  
61±8 έτη

## Φύλο



# Θωρακοχειρουργική Κλινική

## Ιστολογικός τύπος



- Πλακώδες
- Αδενοκαρκίνωμα
- Μεγαλοκυτταρικό
- Μικτό

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

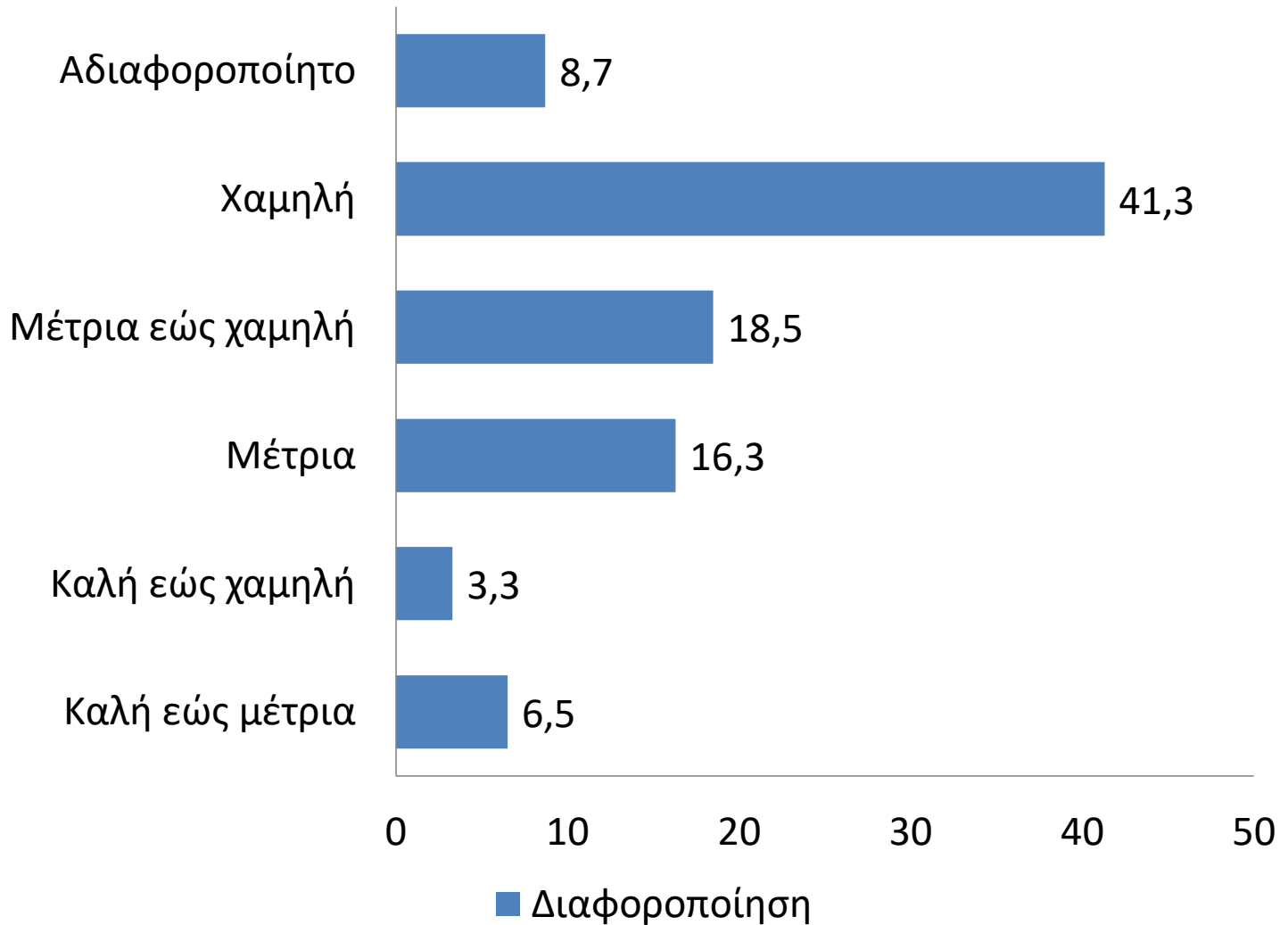
Συμπεράσματα



# Θωρακοχειρουργική Κλινική

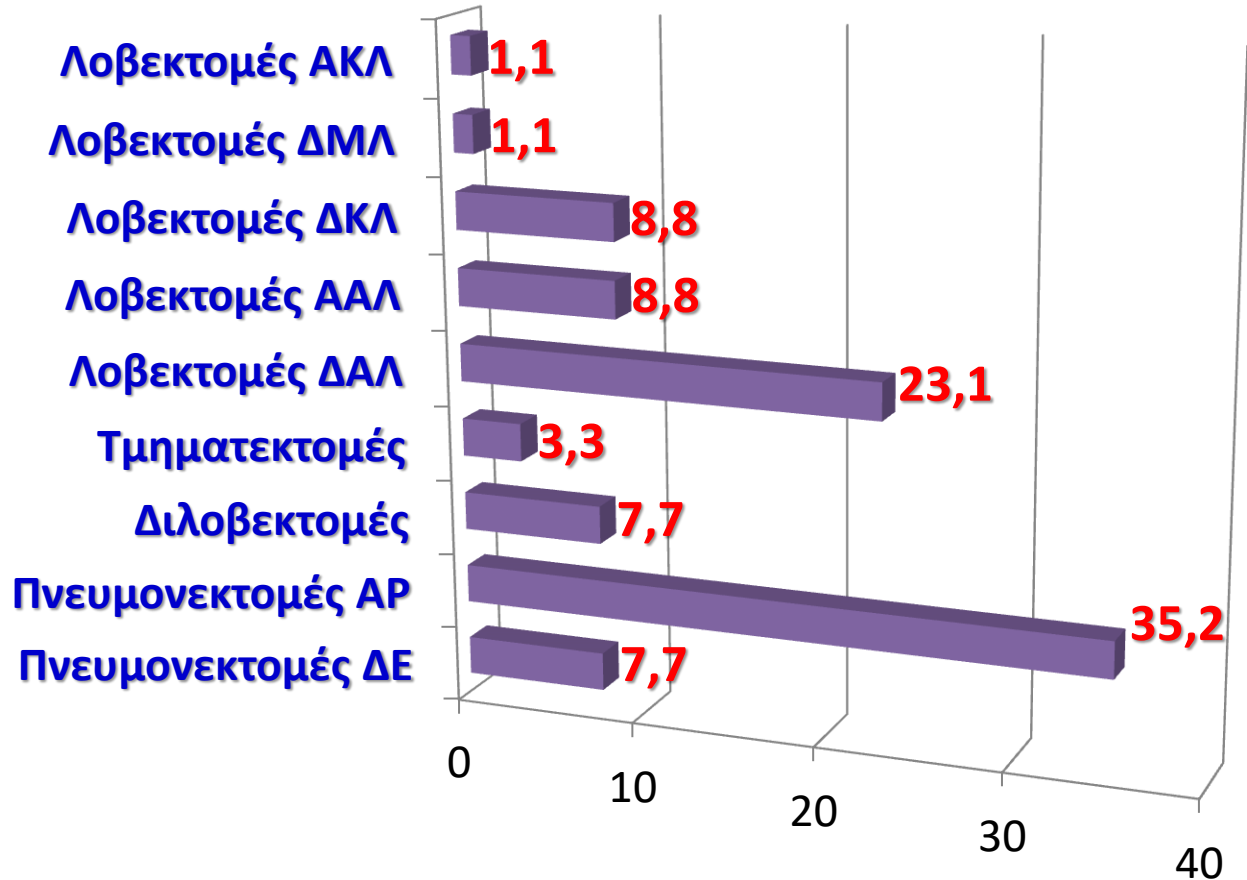


Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Θωρακοχειρουργική Κλινική

## Τύπος εκτομής



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

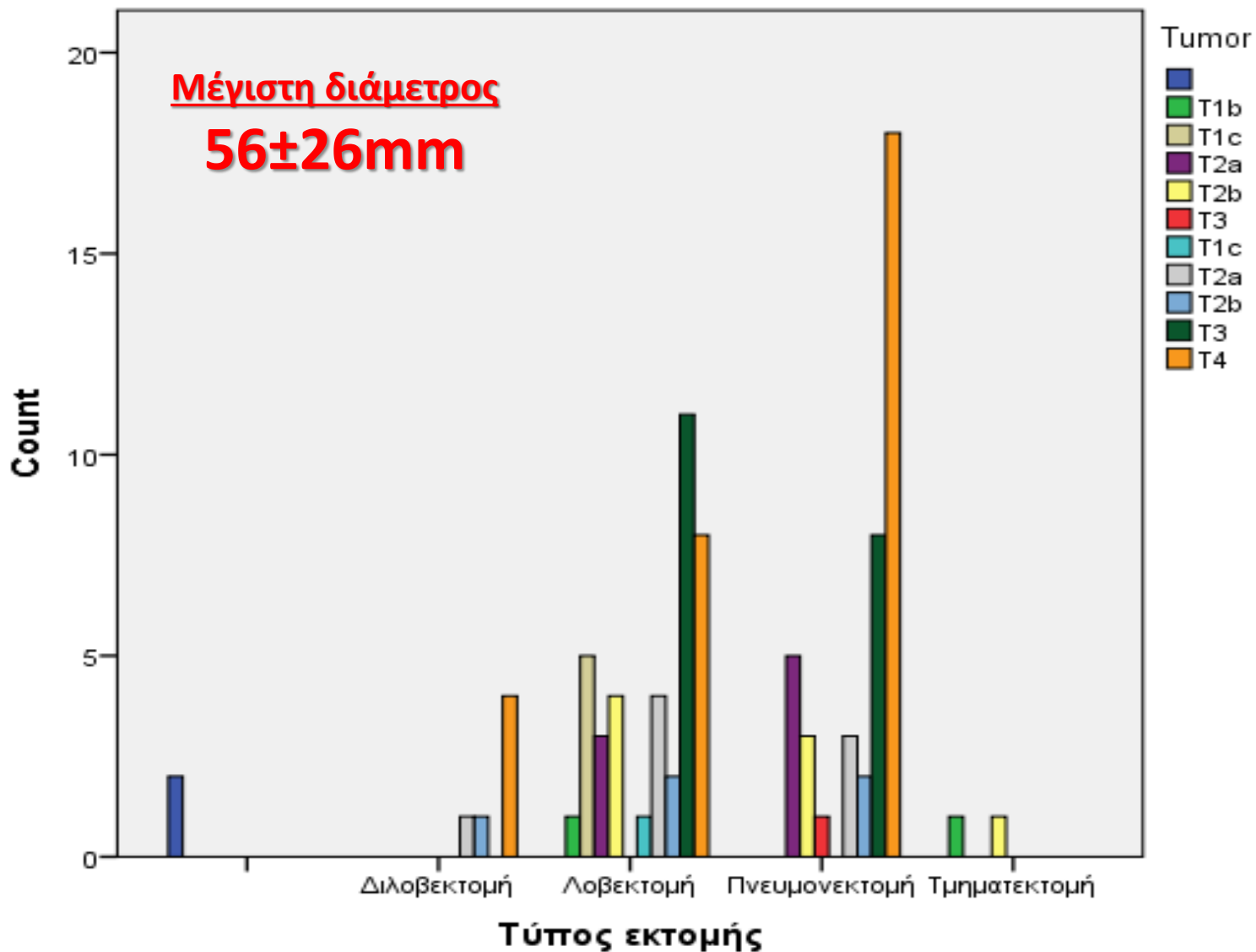
Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

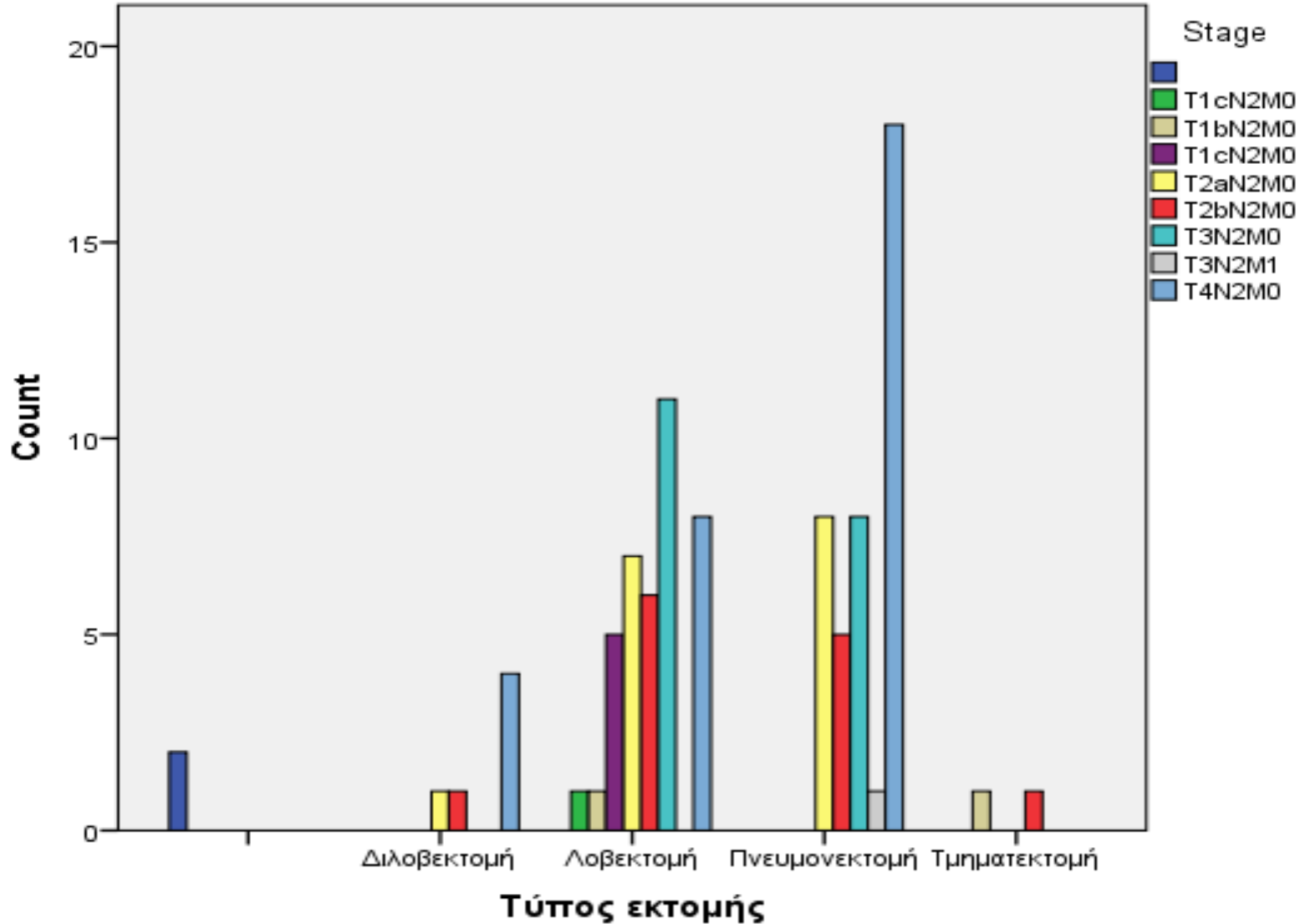
Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Θωρακοχειρουργική Κλινική



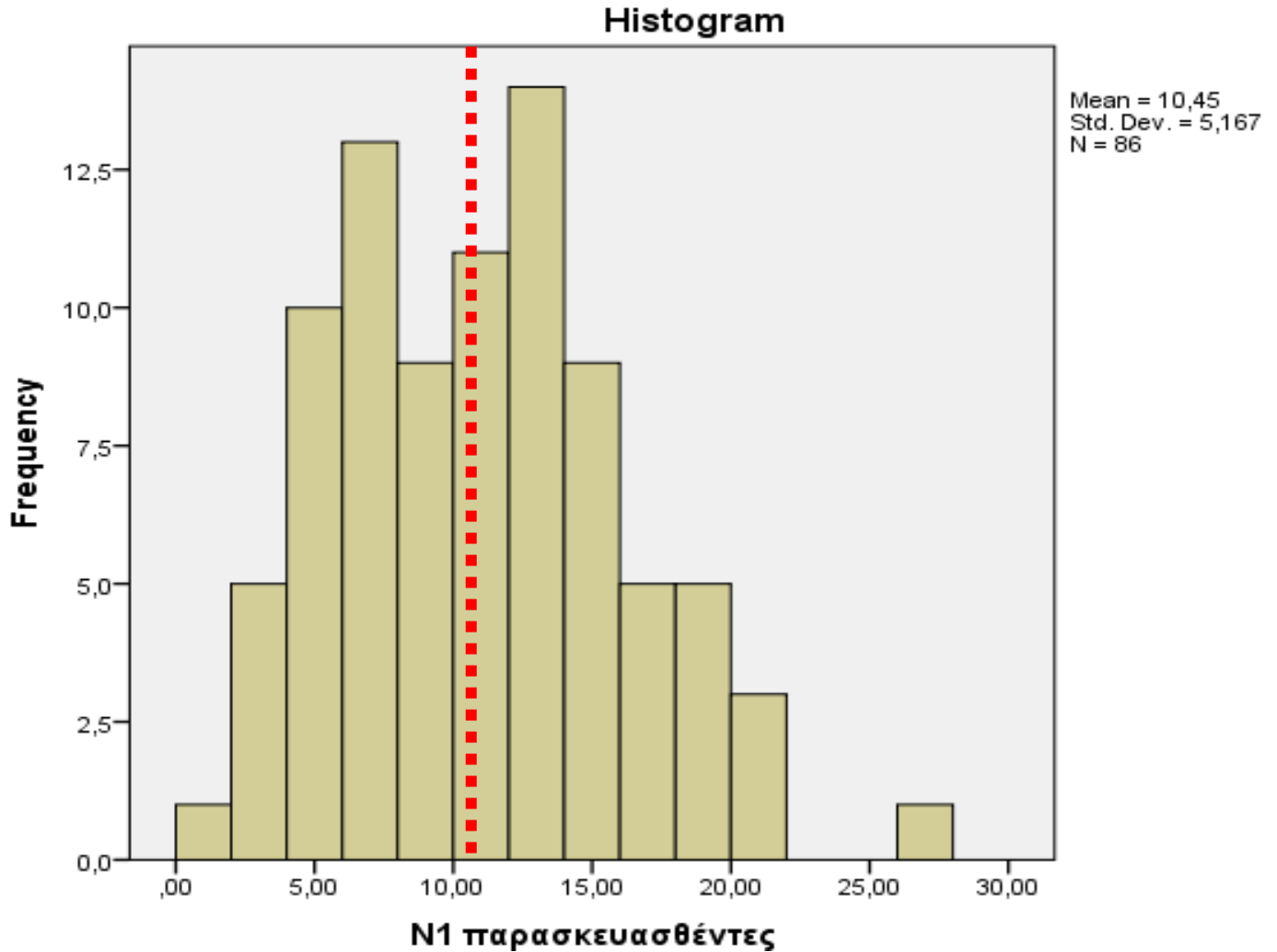
# Θωρακοχειρουργική Κλινική



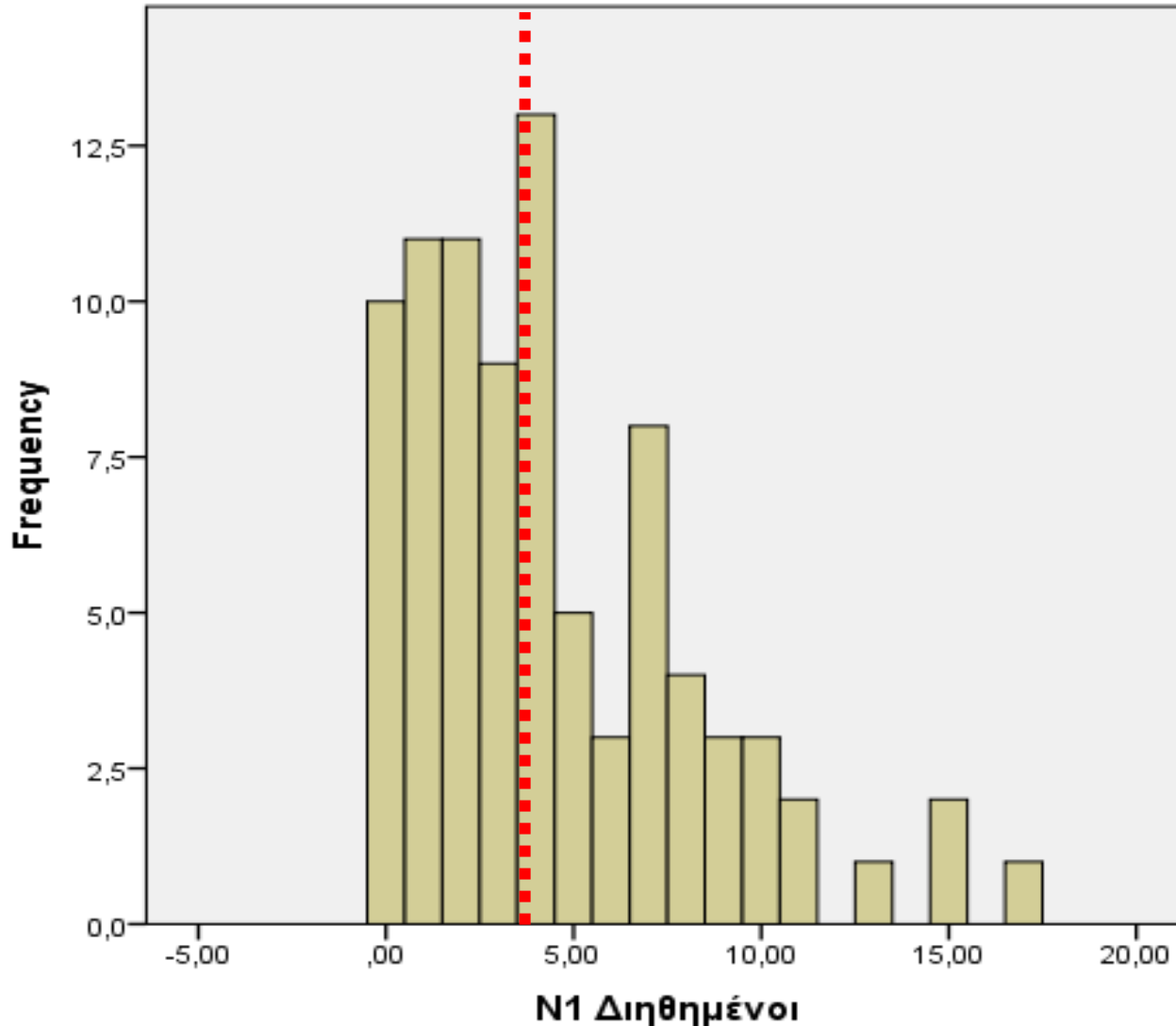
# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία  
Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα



# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Mean = 4,44  
Std. Dev. = 3,79  
N = 86

# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

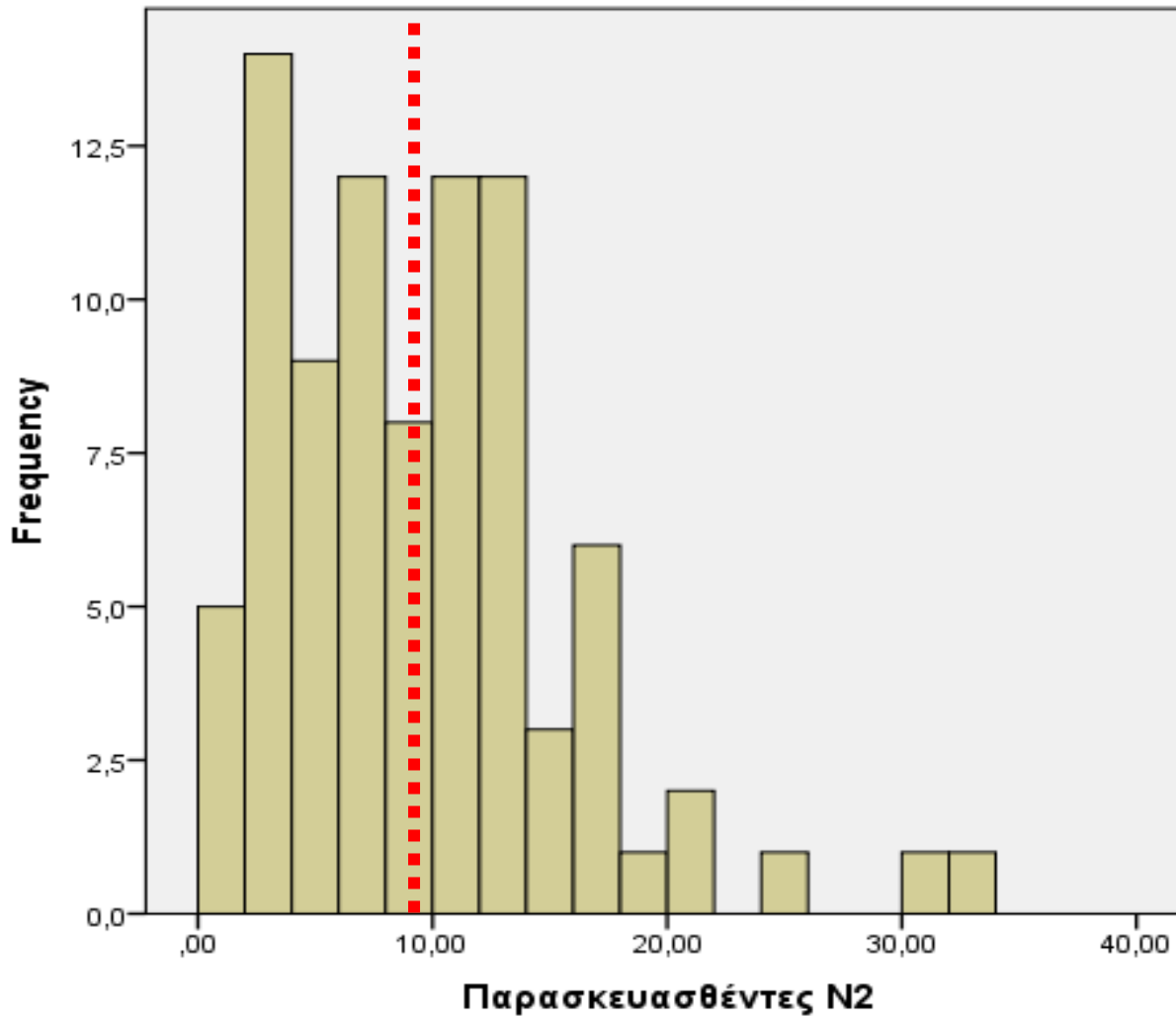
Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

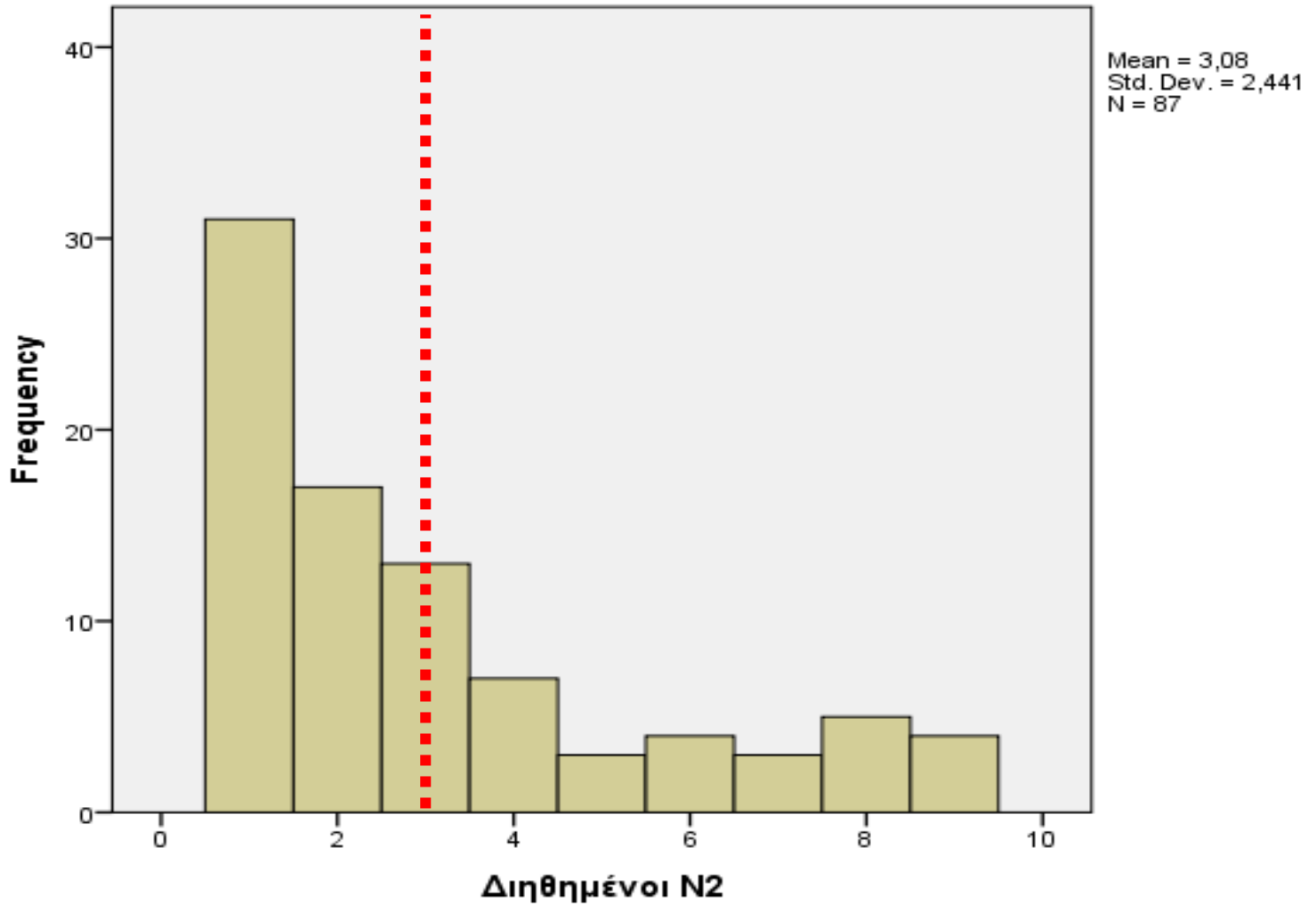
Histogram



# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Histogram





# Θωρακοχειρουργική Κλινική



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

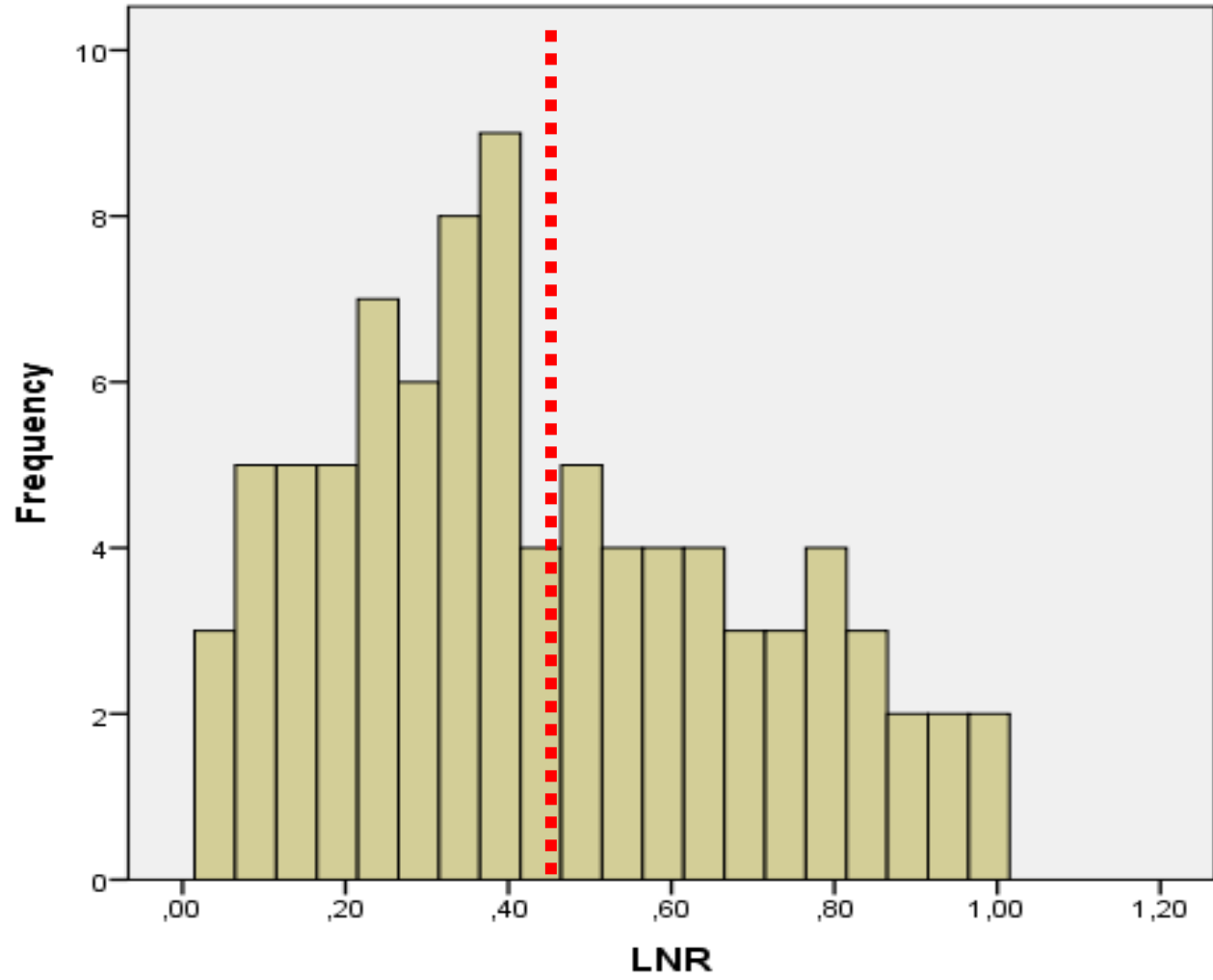
2020



Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης  
(2002 – 2017) Dr Δημήτριος Φιλίππου



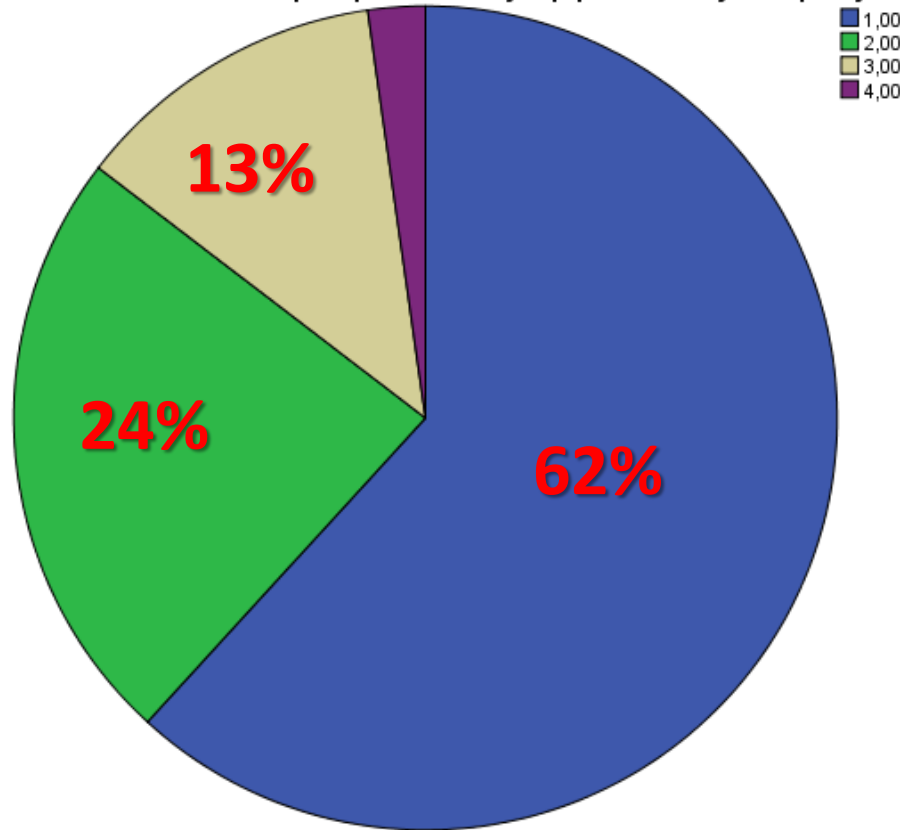
Histogram



Mean = ,44  
Std. Dev. = ,254  
N = 88

# Θωρακοχειρουργική Κλινική

Διήθηση σε πόσους λεμφαδενικούς σταθμούς



Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1,00	55	62,5	62,5
	2,00	21	23,9	86,4
	3,00	11	12,5	98,9
	4,00	1	1,1	100,0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

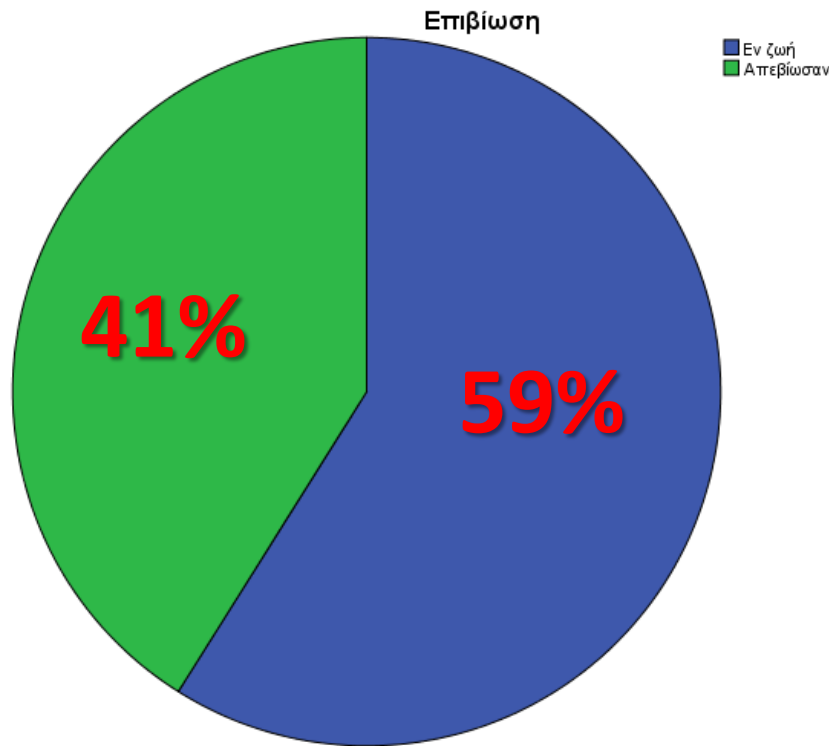


Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης  
(2002 – 2017) Dr Δημήτριος Φιλίππου



Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

# Θωρακοχειρουργική Κλινική



**Median Survival**  
**28 μήνες**

**5y Survival**  
**41%**

		Επιβίωση			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	N	33	58,9	58,9	58,9
	O	23	41,1	41,1	100,0
Total		56	100,0	100,0	100,0



# Θωρακοχειρουργική Κλινική



## 26<sup>ο</sup> Πανελλήνιο ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ 9-12 Νοεμβρίου 2017 Athens Hilton Hotel, Αθήνα



### Βράβευση

εις την ιατρική ομάδα των Α. Κλέωντα, Χ. Εμμανουηλίδη, Σ. Μπάκα, Η. Τιτόπουλου, Ι. Φιλίππου, Ε. Κωνσταντίνου, Δ. Φιλίππου

για την εργασία με θέμα

«Η ΥΠΕΡΟΧΗ ΤΗΣ TRIMODALITY ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ NSCLC ΚΑΙ N<sub>2</sub> ΝΟΣΟΣ»

η οποία παρουσιάστηκε στη Θεματική Ενότητα «Καρκίνος Πνεύμονα» στο πλαίσιο του  
26<sup>ου</sup> Πανελληνίου Πνευμονολογικού Συνεδρίου.



Σπυρίδων Ζακυνθινός  
Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ελληνικής  
Πνευμονολογικής Εταιρείας



Κωνσταντίνος Κατής  
Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής  
Πνευμονολογικής Εταιρείας

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος

2020



Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης



# Συμπεράσματα

Systematic review of RCTs of cN2 disease show:

- a. surgery as bimodality treatment has same survival as chemo-radiotherapy
- b. surgery as tri-modality treatment has better survival than chemo-radiotherapy

**Συστηματική ανασκόπηση των τυχαιοποιημένων, προοπτικών μελετών για την cN2 NSCLC καταλήγουν:**

**Η χειρουργική (as bimodality)  
έχει την ίδια επιβίωση  
με την χημειο-ακτινοθεραπεία**

**Η χειρουργική (as tri-modality)  
έχει καλύτερη επιβίωση  
από την χημειο-ακτινοθεραπεία**

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Συμπεράσματα

## Thoracic surgical oncology :

- Is not really an evidenced based field
- Thoracic oncology community not used to evidence
- Simply because there is hardly any evidence

## Η Θωρακοχειρουργική ογκολογία:

- ❖ Δεν αποτελεί πραγματικά ένα πεδίο αποκλειστικά βασισμένο σε ερευνητικά τεκμήρια
- ❖ Η Θωρακοχειρουργική κοινότητα δεν είναι συνηθισμένη στην αναζήτηση και εφαρμογή τεκμηρίων
- ❖ Απλά επειδή η αναζήτηση και ανεύρεση τεκμηρίων είναι πολύ επίπονη

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Συμπεράσματα

## Thoracic Surgeons :

- a. Internal considerations
  - Don't know the evidence
  - Don't trust the interpretation of the evidence
- a. External considerations
  - Don't want to be labelled as a maverick (weaponised term)
  - Are concerned on litigation and accusations of malpractice

## Οι Θωρακοχειρουργοί:

- ❖ Οι ίδιοι είτε δεν γνωρίζουν τα ερευνητικά τεκμήρια, είτε δεν εμπιστεύονται την ερμηνεία τους
- ❖ Δεν θέλουν να χαρακτηριστούν ως ανορθόδοξοι και ανησυχούν μην κατηγορηθούν και εμπλακούν σε δικαστήρια για αμελείς πράξεις



# Συμπεράσματα

## Oncologists :

- a. Outnumber surgeons
- b. More research orientated than surgeons
- c. Know the evidence
- d. Design the trials, run the trials, report the trials
- e. Very strong presence in many guidelines
- f. Backed by multi-billion dollar companies
- g. Fiercely protective of their speciality
- h. May be the referring clinicians (control patient flow)

## Οι Ογκολόγοι:

- ❖ Είναι πολύ περισσότεροι από τους Θωρακοχειρουργούς
- ❖ Είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στην έρευνα
- ❖ Γνωρίζουν καλύτερα τα ερευνητικά τεκμήρια
- ❖ Σχεδιάζουν, τρέχουν και δημοσιεύουν τις κλινικές μελέτες
- ❖ Έχουν πολύ δυνατή παρουσία στην θέσπιση των περισσότερων κατευθυντήριων οδηγιών
- ❖ Υποστηρίζονται από εταιρείες δισεκατομμυρίων
- ❖ Προστατεύουν πάρα πολύ την ειδικότητά τους
- ❖ Στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελούν τον αποστέλλοντα ιατρό που έχει και τον πρώτο λόγο στην παρακολούθηση των ασθενών

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

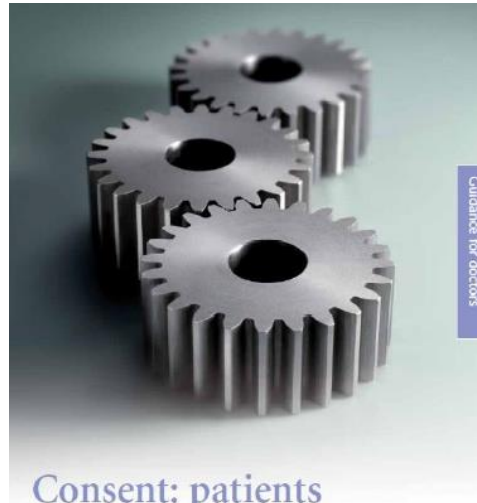


# Συμπεράσματα

Clear, accurate information about the risks of any proposed investigation or treatment, presented in a way patients can understand, can help them make informed decisions. The amount of information about risk that you should share with patients will depend on the individual patient and what they want or need to know. Your discussions with patients should focus on their individual situation and the risk to them.

You should do your best to understand the patient's views and preferences about any proposed investigation or treatment, and the adverse outcomes they are most concerned about. You must not make assumptions about a patient's understanding of risk or the importance they attach to different outcomes. You should discuss these issues with your patient.<sup>8</sup>

The patient weighs up the potential benefits, risks and burdens of the various options as well as any non-clinical issues that are relevant to them. The patient decides whether to accept any of the options and, if so, which one. They also have the right to accept or refuse an option for a reason that may seem irrational to the doctor, or for no reason at all.<sup>2</sup>



Guidance for doctors

Consent: patients and doctors making decisions together

General Medical Council  
Regulating doctors  
Ensuring good medical practice

## Ο/Η Ασθενής:

- ❖ Πρέπει να έχει ξεκάθαρη και ακριβή ενημέρωση για όλα τα είδη προσφερόμενων θεραπειών, καθώς και για τις επιπλοκές αυτών
- ❖ Έχει την δική του οπτική και τις δικές του προτιμήσεις
- ❖ Αυτός/ή αποφασίζει
- ❖ Έχει το δικαίωμα να αποδεχθεί ή να αρνηθεί μια θεραπεία, ασχέτως εάν η θέση του φαίνεται παράλογη ή αδικαιολόγητη στο ιατρό

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Συμπεράσματα

***Every patient with locally advanced NSCLC should be discussed within a multidisciplinary tumor board including radiation oncologists and thoracic surgeons who have a large experience with major lung resections.***

**Κάθε περίπτωση ασθενούς με τοπικά προχωρημένο NSCLC θα πρέπει να τίθεται σε συζήτηση από εξειδικευμένο ογκολογικό συμβούλιο (διεπιστημονική ομάδα) που θα αποτελείται από :**

- ακτινοθεραπευτές,
- ογκολόγους και
- θωρακοχειρουργούς με μεγάλη εμπειρία.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Συμπεράσματα

*The best available diagnostic and treatment strategies should be discussed with the patient.*

Οι καλύτερες διαθέσιμες διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές θα πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή.

Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες  
Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

# Συμπεράσματα

**Salvage surgery should be reserved for those centers having a large experience in thoracic surgery where a dedicated team is available as management of these patients requires multidisciplinary cooperation preoperatively, intraoperatively and postoperatively.**

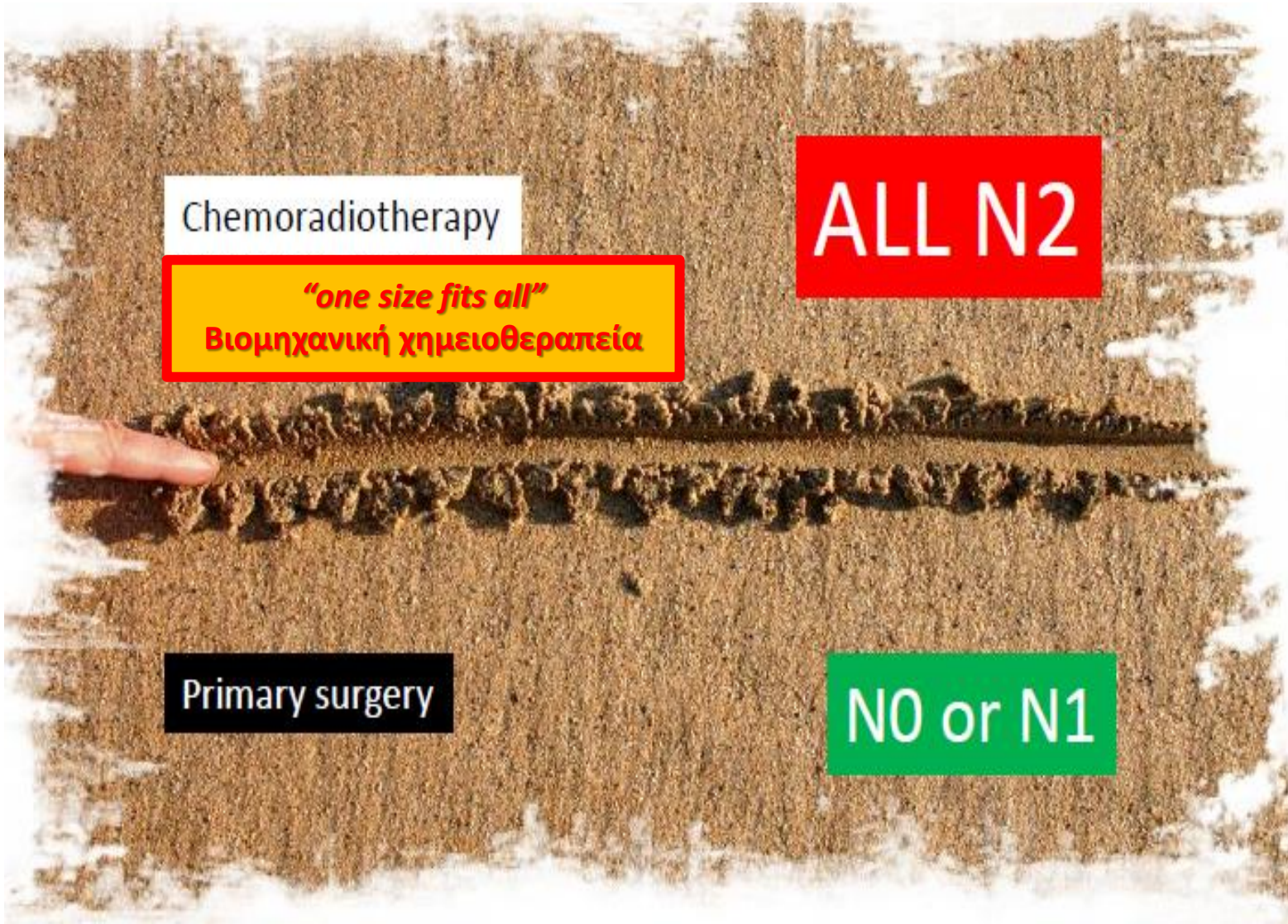
**Οι χειρουργικές επεμβάσεις διάσωσης θα πρέπει να διενεργούνται σε κέντρα με μεγάλη εμπειρία στη θωρακοχειρουργική από εξειδικευμένη ομάδα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, αφού οι επεμβάσεις αυτές απαιτούν διεπιστημονική συνεργασία**

- προεγχειρητικά
- διεγχειρητικά
- μετεγχειρητικά





# Συμπεράσματα



Εισαγωγή

Ορισμοί

Up to Date

Μελέτες

Κατευθυντήριες Οδηγίες

Εμπειρία  
Θωρακο/κής  
Κλινικής Ι.Δ.Κ.

Συμπεράσματα

Chemoradiotherapy

ALL N2

*"one size fits all"*  
Βιομηχανική χημειοθεραπεία

Primary surgery

N0 or N1

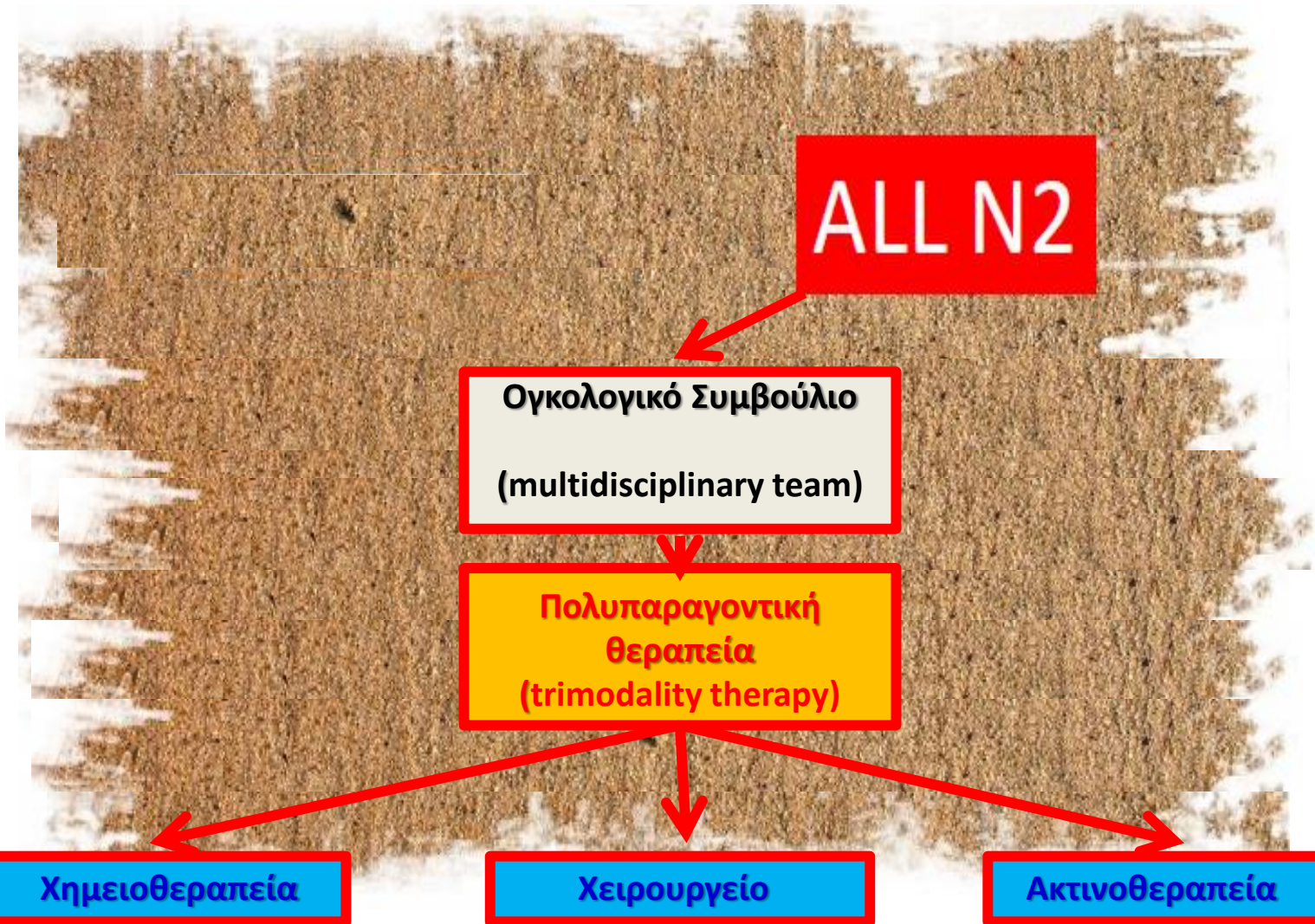
Surgery for single zone N2 NSCLC

David Waller FRCS(CTh)  
Consultant Thoracic Surgeon

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



# Συμπεράσματα



Εισαγωγή  
Ορισμοί  
Up to Date  
Μελέτες  
Κατευθυντήριες Οδηγίες  
Εμπειρία Θωρακο/κής Κλινικής Ι.Δ.Κ.  
Συμπεράσματα

**Surgery for single zone N2 NSCLC**

David Waller FRCS(CTh)  
Consultant Thoracic Surgeon

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc  
Χειρουργός Θώρακος



ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

**Thank U!**

Δρ Αθανάσιος Κλέωντας  
BSc, MD, MSc, BTS, Dr(Med)Sc

*Χειρουργός Θώρακος*

2020