



Η ΕΜΕΙΣ
Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ίαση | Στήριξη

Διοργανώνει

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

Καρκίνος Μαστού και οι Σύγχρονες Προκλήσεις στην Κλινική Διαχείριση

**Σάββατο 7 Νοεμβρίου
& Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020**

**Με την ευγενική
υποστήριξη της
Κλινικής ΙΑΣΩ**



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

Β' Κλινική Μαστού



**Τελικό Πρόγραμμα
Περιλήψεις Ομιλιών**



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.

Λεωφ. Κηφισίας 37-39 / 151 23, Μαρούσι Αττικής / Τηλ.: 210 6184000 / Fax: 210 6184158 / Email: info@iaso.gr



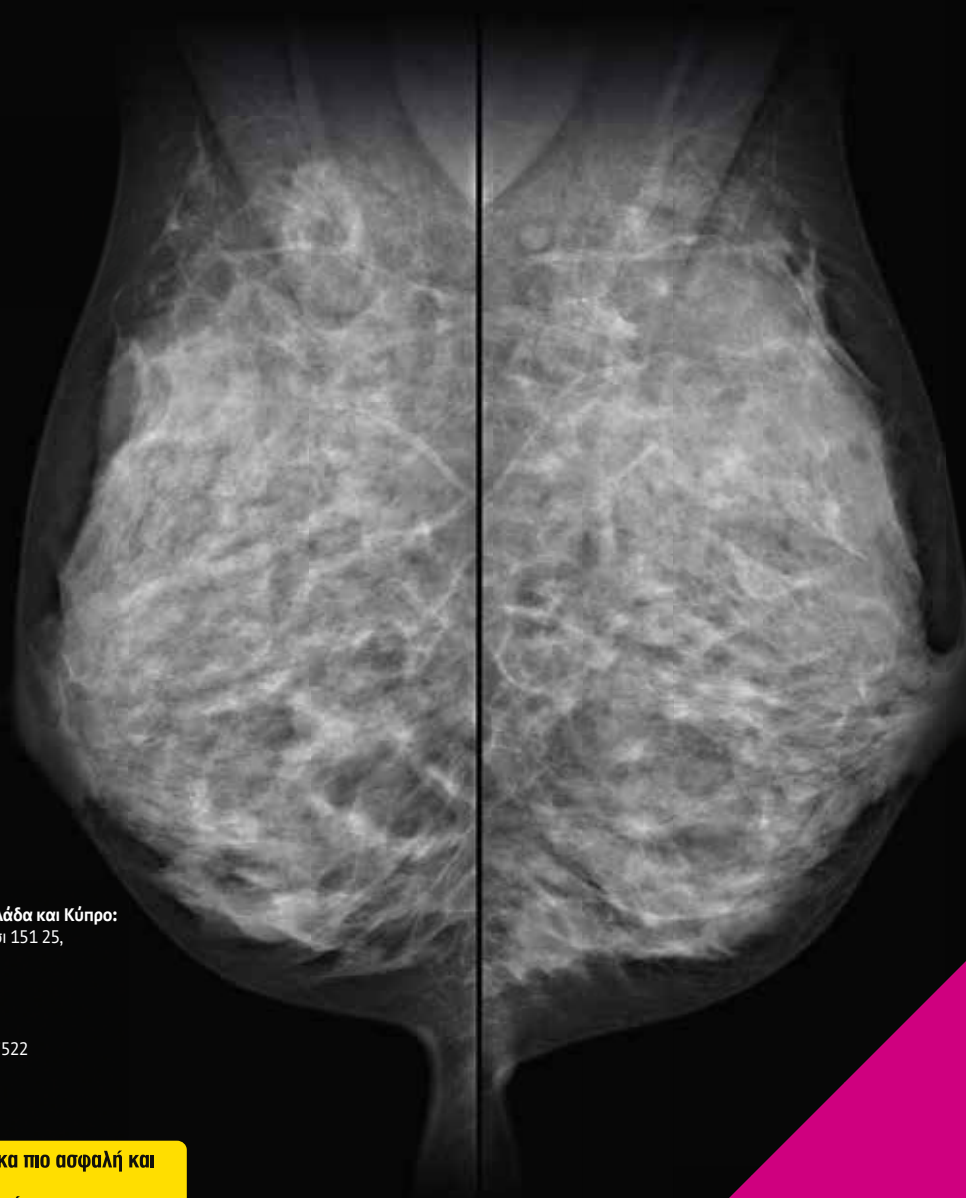
Γραμματεία: PRC CONGRESS & TRAVEL

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



Gadovist[®] 1.0

Gadobutrol



Gadovist PFS

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας στην Ελλάδα και Κύπρο:

Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ, Σωρού 18-20, Μαρούσι 151 25,

Τηλ.: + 30 210 6187500

Τοπικός αντιπρόσωπος στην Κύπρο:

Novagem Ltd, Τηλ. +357 22483858

Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης

Τηλ. +30 2106187742, Fax: +30 2106187522

Email: medinfo.gr.cy@bayer.com

PP-GAD-GR-0017-1

10 2020

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.

Τρόπος διάθεσης: Περιορισμένη ιατρική συνταγή: ιατρό ειδικότητας Ακτινοδιαγνώστη.

Clear Direction.  From Diagnosis to Care.

Τα γονίδιά σας μιλούν, εμείς μεταφράζουμε.



Το τεστ HerediGENE είναι μία πολυ-γονιδιακή εξέταση, η οποία αναλύει πλήρως 36 γονίδια, συμπεριλαμβανομένων των γονιδίων *BRCA1* και *BRCA2*, τα οποία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού, ωθηκών, εντέρου καθώς και άλλων καρκινικών συνδρόμων.

Διεθνείς Οδηγίες		
	Ευλογημένοι Ασθενείς	Όλοι οι Ασθενείς
NCCN	✓	
ASCO	✓	
American Society of Breast Surgeons (ASBrS)		✓
ESMO	✓	

1. The National Comprehensive Cancer Network. Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast, Ovarian and Pancreatic (Version 1.2020).

2. Robson, Mark E., et al. American Society of Clinical Oncology policy statement update: genetic and genomic testing for cancer susceptibility. *Journal of Clinical Oncology* 33.31 (2015): 3660-3667.

3. Manahan ER, et al. Consensus Guidelines on Genetic Testing for Hereditary Breast Cancer from the American Society of Breast Surgeons. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(10):3025-3031.

4. Paluch-Shimoni, S., et al. Prevention and screening in BRCA mutation carriers and other breast/ovarian hereditary cancer syndromes: ESMO Clinical Practice Guidelines for cancer prevention and screening. *Annals of Oncology* 27,suppl_5 (2016): v103-v110.



11 ARV 11.25/3,75-BΣΕΠ 2020

ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

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

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στην **1^η Επιστημονική Διαδυκτική Διημερίδα**, την οποία διοργανώνει η **ΕΜΕΙΣ (Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία - Ίαση - Στήριξη)** η οποία διεξάγεται Διαδυκτικά στις 07 και 08 Νοεμβρίου 2020.

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

Με εκτίμηση

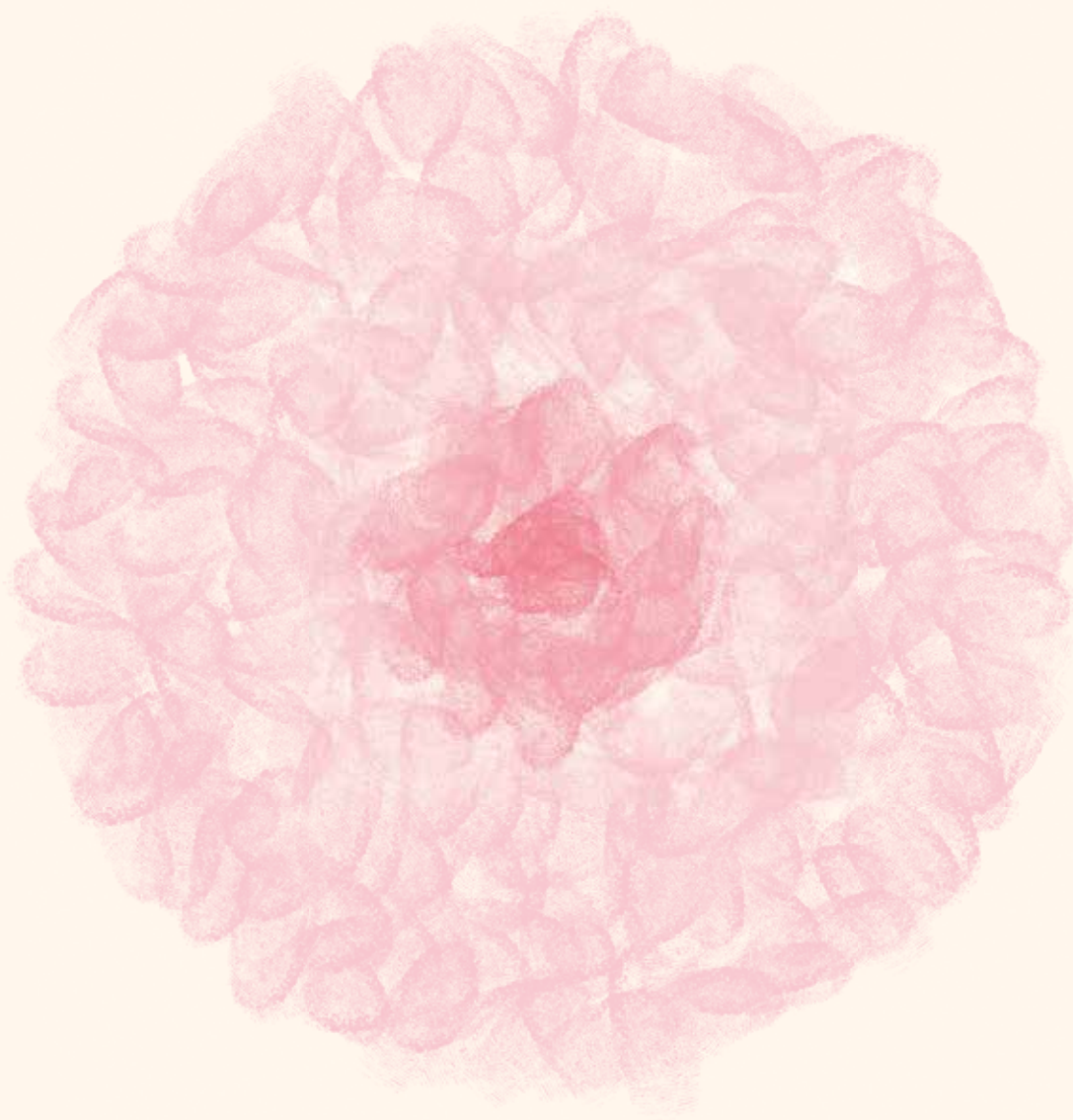
Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής
Γρηγόρης Ξεποπαδάκης MD, PhD

Χειρουργός Μαστού

Ιδρυτής & Πρόεδρος της Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.

Διευθυντής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ





**Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΧΕΡΙ ΣΟΥ.**

Τα δάκτυλα, σαν μέσο
αυτοεξέτασης, και ο
τακτικός απεικονιστικός
έλεγχος (μαστογραφία και
υπέρηχος) μπορούν να
διαγνώσουν πρώιμα τον
καρκίνο του μαστού,
πετυχαίνοντας υψηλά
ποσοστά ίασης.
Μην τα αμελείς.

www.iaso.gr



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ



Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ίαση | Στήριξη
Λεωφόρος Κηφισίας 102, 115 26 Αμπελόκηποι, Αθήνα

ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ



Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



Β' Κλινική Μαστού

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Ξεποπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος	Παπαδημητρίου Χρήστος
Γραμματέας	Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

Μέλη

Βενιζέλος Βασίλειος	Νόννη Αφροδίτη
Γάκης Βασίλειος	Ντασίου Παναγιώτα
Γιασσάς Στυλιανός	Πανούσης Δημήτρης
Γροσσομανίδης Δημήτριος	Παρασκευάκου Γεωργία
Καραγεωργοπούλου Σοφία	Παρασκευόπουλος Σταύρος
Κοντογιάννη Παναγιώτα	Παυλάκη Αικατερίνη
Κουφουδάκης Διονύσιος	Πούλου Λουκία
Κυριακού Γρηγόρης	Σταφυλά Βάνια
Μπαλαφούτα Μυρσίνη	Φωστήρα Φλωρεντία
Μπαλτάς Δημοσθένης	Χατζόπουλος Κωνσταντίνος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Ξεποπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος	Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

Μέλη

Γροσσομανίδης Δημήτριος	Παυλάκη Αικατερίνη
Νόννη Αφροδίτη	Φωστήρα Φλωρεντία
Παπαδημητρίου Χρήστος	

ΤΙΜΗΤΙΚΗ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Σταματίου Γεώργιος, Μ/Γ, Πρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου ΙΑΣΩ
Αριστείδης Αντσακλής, MD, PhD, FRCOG (Hon.) Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας
Εμβρυομητρικής & Περιγεννητικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ),
Διευθυντής Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής ΙΑΣΩ, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΙΑΣΩ
Διακομανώλης Εμμανουήλ, Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και τα Μέλη της Οργανωτικής και της Επιστημονικής Επιτροπής της Διημερίδας Καρκίνος Μαστού και οι Σύγχρονες Προκλήσεις στην Κλινική Διαχείριση ευχαριστούν τις Εταιρείες που ακολουθούν οι οποίες συνέβαλαν σημαντικά στην πραγματοποίησή της:

ΧΑΛΚΙΝΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

ΧΟΡΗΓΟΙ

ariti[®] *στηλα
στον άνθρωπο*

amoenA

Bayer

BD

BAARD
has joined BD



Genekor
Committed to Biotechnological Innovation

ΙΑΣΩ

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.

IPSEN
Innovation for patient care

KARYO
MOLECULAR DIAGNOSTICS LABORATORY

MEDTEQ

MILIMED

NOVARTIS

PAPAPOSTOLOU
HEALTHCARE TECHNOLOGIES
est. 1914

Pfizer *Oncology*

RAFARM

Roche

SIEMENS
Healthineers

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ



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

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Διαδυκτιακής Διημερίδας: Σάββατο 07 & Κυριακή 08 Νοεμβρίου 2020
Web Site: www.prctravel.gr

ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ / ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΜΕΣΩ ΤΟΥ BARCODE:

Διημερίδα Καρκίνος Μαστού και οι σύγχρονες προκλήσεις στην Κλινική Διαχείριση

Παρακαλούμε σκανάρετε το παρακάτω barcode μέσω της εφαρμογής Let's Congress App.
Please scan the barcode below, from Let's Congress app



Απαραίτητη Προϋπόθεση: Εάν δεν έχετε εγκαταστήσει την εφαρμογή Let's Congress mobile app, παρακαλούμε «κατεβάστε» την από το παρακάτω link (συμβατό για ios και android)

Necessary Condition: Necessary Condition: If you haven't already installed Let's Congress mobile app, download it from the following link (both android and ios versions)

<https://corp.letscongress.eu> Let's Congress

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

*Το QRCode που λάβατε στο email σας, προσωποποιεί τον κάθε σύνεδρο και αποτελεί το ηλεκτρονικό του badge (e-badge) καθ' όλη την διάρκεια της Διαδυσκτιακής Διημερίδας.

Σύνεδρος με Διαδυσκτιακή Παρουσία - Web user

Εφόσον έχετε επιλέξει να παρακολουθήσετε την Διαδυσκτιακή Διημερίδα μέσω Web (live streaming) καταχωρείτε στο site το email με το οποίο έχετε πραγματοποιήσει την εγγραφή σας, προκειμένου να παραλάβετε τον μοναδικό κωδικό εισόδου (one time password) και να παρακολουθήσετε την Διαδυσκτιακή Διημερίδα.

Κατά την διάρκεια της παρακολούθησης γίνεται αυτόματα και η καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης.

Παράλληλα στο site υπάρχει αναρτημένο το ωρολόγιο πρόγραμμα του συνεδρίου καθώς και κάθε φορά ποια είναι η τρέχουσα συνεδρία και ο τρέχων ομιλητής.

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, σύμφωνα με τα κριτήρια της ΕΑCCME- UEMS, έχει χορηγήσει 13 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) στους συμμετέχοντες.

ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

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

Σάββατο | 07 Νοεμβρίου 2020 | 09.30 - 19.15

Κυριακή | 08 Νοεμβρίου 2020 | 09.00 - 15.30

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

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

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

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

A large, stylized pink butterfly with intricate wing patterns is centered in the background. Two horizontal pink lines intersect the butterfly's body, framing the text.

Επιστημονικό Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 07 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2020

🕒 09.15 - 09.30 **Χαιρετισμοί**

Ξεποπαδάκης Γρηγόρης MD, PhD, Πρόεδρος ΕΜΕΙΣ - Πρόεδρος Διημερίδας

Δρ. Σταματίου Γεώργιος, Μ/Γ, Πρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου ΙΑΣΩ

Αριστείδης Αντσακλής, MD, PhD, FRCOG (Hon.) Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας Εμβρυομητρικής & Περιγεννητικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Διευθυντής Τμήματος Εμβρυομητρικής Ιατρικής ΙΑΣΩ, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΙΑΣΩ

🕒 09.30 - 10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1**

Διαγνωστική παθήσεων μαστού - Επηρεάζουν τη θεραπευτική απόφαση;

Προεδρείο: Δημητρόπουλος Νικόλαος - Πούλη Λουκία - Λαζάρου Σπυρίδων

- | | |
|--|---|
| 1. U/S βιοψία, στερεοβιοψία | Μαθακάσης Πέτρος 12' |
| 2. Συνήθη σφάλματα birads | Αγγελόπουλος Μιχαήλ 12' |
| 3. Εντοπιστική μαστογραφία έναντι της τομοσύνθεσης στην ανάδειξη και αξιολόγηση μικροαποτιτανώσεων | Μπεχράκη - Σαρίδου Ελισσάβετ 12' |
| 4. Απεικονιστική και κλινική συσχέτιση ευρημάτων. Αποκρυπτογραφώντας το χάρτη του θησαυρού. | Κουφουδάκης Διονύσιος 12' |
| 5. Η συμβολή της κυτταρολογικής εξέτασης στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού | Βιδάλη Ιωαννίνα 10' |

🕒 10.30 - 11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2**

Διαχείριση μασχάλης την εποχή του φρουρού

Προεδρείο: Μπαλτάς Δημοσθένης - Φαλιάκου Ελένη - Δημητρακάκης Κωνσταντίνος

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Τεχνική χαρτογράφησης | Σταφυλά Βάνια 12' |
| 2. Πόσο μπορούμε να περιορίσουμε τη χειρουργική της μασχάλης; | Γροσομανίδης Δημήτριος 12' |
| 3. Μπορεί να αποφευχθεί ο ALND στη μετατροπή N+ σε No; | Χατζόπουλος Κωνσταντίνος 12' |
| 4. Πώς αντιμετωπίζει ο ακτινοθεραπευτής τη μασχάλη την εποχή του φρουρού; | Τσιπνίδου Ελένη 12' |

🕒 11.30 - 12.00 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Με την ευγενική Χορηγία της**  **NOVARTIS**
Προεδρείο: Παπαδημητρίου Χρήστος - Ξεπαπαδάκης Γρηγόρης
«Στοχεύοντας στο όφελος της επιβίωσης στον HR+/HER2- aBC»
Αθανασιάδης Ηλίας 30'

🕒 12.00 - 12.30 **Διάλειμμα**

🕒 12.30 - 13.00 **Διάλεξη**
Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γρηγόρης - Ασκοξυλάκης Ιωάννης
Αποκλιμάκωση χειρουργικής στον καρκίνο του μαστού
Μαρκόπουλος Χρήστος 30'

🕒 13.00 - 14.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**
Ειδικοί καρκίνοι
Προεδρείο: Γιαννούλης Κηλέωνθης - Γιασσάς Στυλιανός - Πουλακάκη Φιορίτα

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Λοβιακός διηθητικός και μη καρκίνος μαστού. Απεικόνιση - χειρουργική αντιμετώπιση - πρόληψη | Γάκη Βασιλική 12' |
| 2. T1a No Mo, HER2+ Καρκίνοι: (επικουρική θεραπεία) | Καραγεωργοπούλου Σοφία 12' |
| 3. Νεότερες θεραπευτικές επιλογές στον μεταστατικό HER+ καρκίνο μαστού | Παπαδόπουλος Γεώργιος 12' |
| 4. Σε νεοδιαγνωσμένο μεταστατικό καρκίνο μαστού έχει νόημα η αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς σε ασθενείς που ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία; | Σταθουλοπούλου Μαρουλιώ 12' |

🕒 14.00 - 14.30 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Με την ευγενική Χορηγία της**  **Genekor**
Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γρηγόρης
Oncotype DX η αξία της πρόβλεψης στη διαχείριση του πρώιμου καρκίνου μαστού
Τσούλος Νικόλαος

🕒 14.30 - 15.00 **Διάλειμμα**

🕒 15.00 - 16.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4**
Γονιδιακές υπογραφές
Προεδρείο: Καναλιουπίτη Δήμητρα - Καραγεωργοπούλου Σοφία - Φωστήρα Φλωρεντία

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Κληρονομικότητα και ενδείξεις γονιδιακού ελέγχου | Φωστήρα Φλωρεντία 12' |
| 2. Γονιδιακές υπογραφές σε No/N1 όγκους oncotype - mamaprint | Γιασσάς Στυλιανός 12' |
| 3. Στοχεύσιμες μεταλλάξεις κατόπιν γονιδιακού ελέγχου στον τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού | Χριστοδούλου Χρήστος 12' |
| 4. Γονιδιακό προφίλ και ακτινοθεραπεία. Υπάρχει θέμα; Νομικό πλαίσιο | Γεωργακόπουλος Ιωάννης 12' |

Σχολιαστής: Γιαννουκάκος Δρακούλης

🕒 16.00 - 16.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5

Καρκίνος μαστού και κύηση

Προεδρείο: Βασιλόπουλος Ιωάννης - Σούσης Ιάκωβος - Ψαθός Παναγιώτης

- | | | |
|--|------------------------------|------------|
| 1. Διατήρηση της γονιμότητας στον καρκίνο του μαστού | Πανούσης Δημήτριος | 12' |
| 2. Εγκυμοσύνη μετά τη Χημειοθεραπεία | Καναλίουίτη Δήμητρα | 12' |
| 3. Χημειοθεραπεία και κύηση | Μπαρμπούνης Βασίλειος | 12' |

🕒 16.45 - 17.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6

Ειδικά θέματα χημειοθεραπείας

Προεδρείο: Αθανασιάδης Ηλίας - Γροσσομανίδης Δημήτριος - Παπαδόπουλος Γεώργιος

- | | | |
|--|----------------------------|------------|
| 1. Διάρκεια αγωγής και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής | Πανόπουλος Χρήστος | 12' |
| 2. Κλινικά οφέλη ηλικιωμένων ασθενών με HER2+ ή TNBC | Καναλίουίτη Δήμητρα | 12' |
| 3. Αντιμετώπιση τοξικότητας στοχευουσών θεραπειών | Στρατής Θεοχάρης | 12' |
| 4. Βιοδείκτες CD 4/6 αναστολέων | Ρέε Ελένη | 12' |

🕒 17.45 - 18.00 Διάλειμμα

🕒 18.00 - 19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7

Εισαγωγική χημειοθεραπεία

Προεδρείο: Μπαρμπούνης Βασίλειος - Σαλούστρος Εμμανουήλ

- | | | |
|--|------------------------------|------------|
| 1. Πού είναι το standard-of-care; | Παπαδημητρίου Χρήστος | 12' |
| 2. Προεγχειρητική σταδιοποίηση καρκίνου μαστού. Επίδραση στη χειρουργική προσέγγιση και την ακτινοθεραπεία. Αλληλάζει η απεικόνιση τις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία; | Πούλου Λουκία | 12' |
| 3. Χειρουργική διατήρησης μαστού | Παρασκευάκου Γεωργία | 12' |
| 4. Ακτινοθεραπεία | Πτεινέλη Έφη | 12' |

🕒 19.00 - 19.30 Διάλεξη

Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ευάγγελος - Κουμαριανού Άννα

Life style

Ντρουφάκου Σταυρούλα **30'**

🕒 19.30 - 20.00 Διάλεξη

Προεδρείο: Παπαδημητρίου Χρήστος - Λινάρδου Ελένη

Αλληλουχία των θεραπειών στον ορμονοευαίσθητο HER2 αρνητικό μεταστατικό καρκίνο μαστού. Ο ρόλος των CD4/6 αναστολέων, P13K και mTOR

Αθανασιάδης Ηλίας **30'**

ΚΥΡΙΑΚΗ 08 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2020

🕒 09.30 - 10.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8**

Συμπληρωματικές θεραπείες

Μπορούν να αυξήσουν την επιβίωση;

Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ευάγγελος - Γιασσάς Στυλιανός

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Φάρμακα πριν/μετά | Παπανικολάου Σπύρος 12' |
| 2. Ακτινοθεραπεία | Καραχοντζίτη Παρασκευή 12' |

🕒 10.00 - 10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9**

Γνωρίστε τη σύγχρονη Ακτινοθεραπεία

Προεδρείο: Τριχάς Μιητιάδης - Γεωργακόπουλος Ιωάννης - Στεργιούλα Αναστασία

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Απογείωση της τεχνολογίας.
Η Ακτινοθεραπεία σήμερα | Βερίγος Κοσμάς 10' |
| 2. Έλεγχος αναπνοής στην
Ακτινοθεραπεία μαστού | Παπαγεωργίου Σπυρίδων 10' |
| 2. Μερική ακτινοθεραπεία μαστού
Επιταχυνόμενη ακτινοθεραπεία
Λιγότερη χειρουργική, λιγότερη
Ακτινοθεραπεία; Πότε; | Κωνσταντέλος Ιωάννης 12' |

🕒 10.30 - 11.00 **Εκπαιδευτική Ομιλία**

Προεδρείο: Παυλάκη Αικατερίνη - Κεραμόπουλλος Αντώνιος

8η AJCC σταδιοποίηση του καρκίνου μαστού και ορολογία της ιστολογικής απάντησης

Νόννη Αφροδίτη 25'

🕒 11.00 - 11.30 **Διάλειμμα**🕒 11.30 - 12.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10**

Αποκατάσταση μαστού

Προεδρείο: Βενιζέλος Βασίλειος - Γροσομανίδης Δημήτριος - Αναστασάκου Κορνηλία

- | | |
|------------------------------------|-------------------------|
| 1. Άμεση | Παρασκευόπουλος Στ. 12' |
| 2. Απώτερη | Γραββάνης Ανδρέας 12' |
| 3. Ακτινοθεραπεία και αποκατάσταση | Μπαλαφούτα Μυρσίνη 12' |

Σχολιαστής: Φουστάνος Ανδρέας

🕒 12.15 - 13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 11

Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού.

Απεικόνιση στον φλεγμονώδη καρκίνο

Προεδρείο: Καρυδά Ειρήνη - Χατζόπουλος Κωνσταντίνος

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Ο ρόλος της συστηματικής θεραπείας | Γιασσάς Στυλιανός 12' |
| 2. Ο ρόλος της χειρουργικής | Ντασίου Παναγιώτα 12' |
| 3. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας | Γιαννακούρας Γεώργιος 12' |

🕒 13.00 - 13.30 Διάλεξη

Προεδρείο: Μαλακάσης Πέτρος - Κυριάκου Γρηγόρης

Τεχνητή Νοημοσύνη (AI) στην 2D Ψηφιακή Μαστογραφία και στην 3D Ψηφιακή Τομοσύνθεση

Δημητρόπουλος Νικόλαος

🕒 13.30 - 14.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 12

Χειρισμός ολιγομεταστατικής νόσου (Μέρος α)

Μπορεί να γίνει χειρουργική αντιμετώπιση

Προεδρείο: Παπαδημητρίου Χρίστος - Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Εγκέφαλος και παρασπονδυλικές μάζες | Βουγιούκας Βασίλειος 12' |
| 2. Πνεύμων | Ηλιάδης Κοσμάς 12' |
| 3. Ήπαρ - χειρουργική RF | Κόντης Ιωάννης 12' |

🕒 14.15 - 15.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 13

Χειρισμός ολιγομεταστατικής νόσου (Μέρος β)

Ειδικά θέματα

Προεδρείο : Βερίγος Κοσμάς - Πετεινέλη Έφη

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 4. Στερεοταξία | Τριχάς Μιητιάδης 12' |
| 5. Χημειοθεραπεία. Πριν ή μετά και γιατί; | Γιασσάς Στυλιανός 12' |
| 3. Παράδειγμα ετερογένειας καρκίνου του μαστού. Βιοψία στη μετάσταση | Καραγεωργοπούλου Σοφία 12' |

🕒 15.00 - 15.30 Συμπεράσματα - Λήξη Διημερίδας

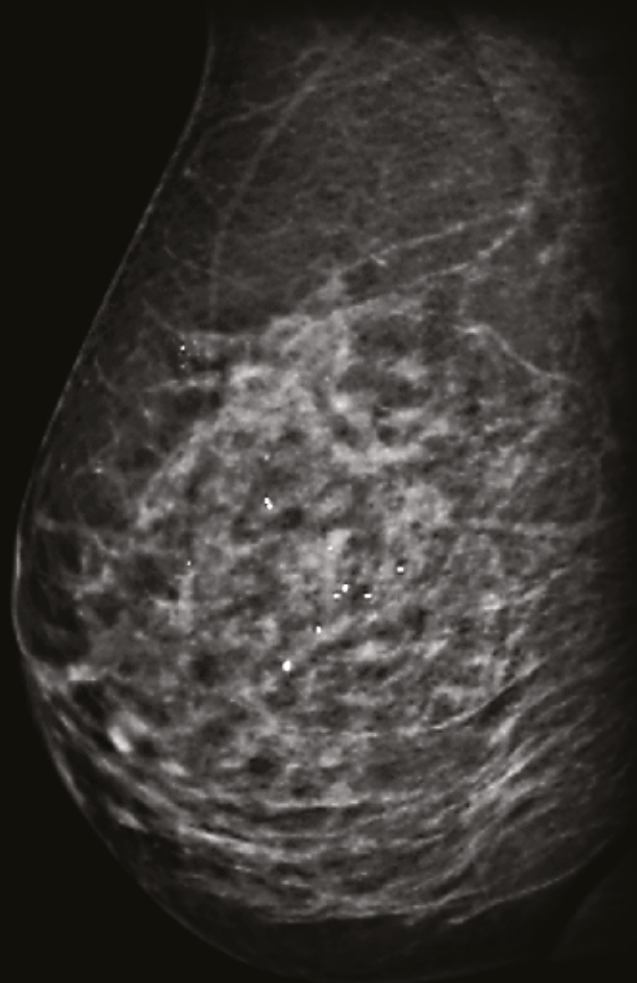


What's
new with
VC20?

MAMMOMAT Revelation

With 50° Wide-Angle
Tomosynthesis
Superior by design.

siemens-healthineers.com/mammomat-revelation



Dexaleau[®]

Dexamethasone

ΑΔΥ/ΔΕΧΑΛ/03/8/87/02-2010

ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΗΣΤΕ ΣΤΗ ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ



RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 154 51 Ν. Ψυχικό, Αθήνα • Τηλ.: 210 6776550-1, 210 6776398 • Fax: 210 6776552
info@rafarm.gr www.rafarm.gr



A large, stylized pink butterfly with intricate wing patterns is centered in the background. Two horizontal pink lines frame the text.

Λίστα Ομιλητών / Προέδρων

Σάββατο 7 Νοεμβρίου & Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

MD, PhD, Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής Κέντρου Απεικόνισης Μαστού,
Νοσοκομείο ΛΗΤΩ, Αθήνα

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ ΗΛΙΑΣ

Ογκολόγος Παθολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής "ΜΗΤΕΡΑ"
Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας Northwestern University Η.Π.Α,
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΟΥ ΚΟΡΝΗΛΙΑ

MD, FEBS (Breast Surgery), Διευθύντρια Χειρουργός Μαστού,
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι

ΑΣΚΟΞΥΛΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ιατρός Αναπαραγωγής, Μαιευτήρας - Χειρουργός - Γυναικολόγος,
α. Praticien Attaché CHU Cochin, Paris, Μέλος Δ.Σ. ΙΑΣΩ & Institute of Life ΙΑΣΩ,
Αθήνα

ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ

Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής και Μονάδας Μαστού,
Θεραπευτήριο METROPOLITAN, Αθήνα

ΒΕΡΙΓΟΣ ΚΟΣΜΑΣ

Ογκολόγος - Ακτινοθεραπευτής,
401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

ΒΙΔΑΛΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Διευθύντρια Κυτταρολογικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ

ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Νευροχειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής Νευροχειρουργικής Πανεπιστημίου
Freiburg και Διευθυντής Ελάχιστα Επεμβατικής Νευροχειρουργικής Εγκεφάλου και
Σπονδυλικής Στήλης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

ΓΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

MD, PhD, Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος Δ.Θ.Κ.Α.
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής, ΑΠΘ, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική,
Νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Θεσσαλονίκη

ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Αν. Διευθυντής Νοσοκομείο 401,
Συνεργάτης Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΚΟΣ ΔΡΑΚΟΥΛΗΣ

Διευθυντής Ερευνών Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής Ινστιτούτου
ΠΡΕΤΕΑ ΕΚΕΦΕ ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ, Αθήνα

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικής -
Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ
METROPOLITAN GENERAL, Αθήνα

ΓΡΑΒΒΑΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Διευθυντής Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής,
Θεραπευτήριο METROPOLITAN, Αθήνα

ΓΡΟΣΟΜΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Δ' Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ακτινολόγος Μαστού, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
ΔΕΛΤΑ ΨΗΦΙΑΚΗ Απεικόνιση, Αθήνα

ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αν. Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, Αθήνα

ΗΛΙΑΔΗΣ ΚΟΣΜΑΣ

Θωρακοχειρουργός, Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α.
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΚΑΝΑΛΟΥΠΙΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Δ' Παθολογικής - Ογκολογικής
Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Γ' Παθολογικής - Ογκολογικής
Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΚΑΡΑΧΟΝΤΖΙΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος,
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΗΣ

Επικ. Καθηγητής Γυναικολογικής Ογκολογίας Παν/μίου Αθηνών, Διευθυντής -
Συντονιστής Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΚΑΡΥΔΑ ΕΙΡΗΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΚΟΝΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, MD, PhD

Χειρουργός Μαστού, Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΚΟΥΜΑΡΙΑΝΟΥ ΑΝΝΑ

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

ΚΟΥΦΟΥΔΑΚΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

MD PhD MSc FEBS DTTA DIMC RCSEd, Χειρουργός Μαστού,
Λευκωσία Κύπρος, Λευκωσία

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΓΡΗΓΟΡΗΣ

Χειρουργός,
Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ογκολόγος - Ακτινοθεραπευτής, Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου
Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΛΑΖΑΡΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Ακτινολόγος, Ακτινοδιαγνώστης Μαστού,
Αθήνα

ΛΙΝΑΡΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

MD PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διδάκτωρ Imperial College London,
Διευθύντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής,
Θεραπευτήριο METROPOLITAN, Αθήνα

ΜΑΛΑΚΑΣΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

Ακτινολόγος, Διευθυντής Κέντρου Μαστού,
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Διευθυντής Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ,
Αθήνα

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

MD, MPhil-UK, PhD, FEBS, Καθηγητής Χειρουργικής, Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής
Μαστού της UEMS, ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Γ' Ογκολογικής Κλινικής
Νοσοκομείο METROPOLITAN, Αθήνα

ΜΠΑΛΑΦΟΥΤΑ ΜΥΡΣΙΝΗ

Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος, Επίκ. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου
Δυτικής Αττικής, Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΜΠΑΛΤΑΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ,
Αθήνα

ΜΠΕΧΡΑΚΗ ΣΑΡΙΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης Τμήματος Απεικονίσεων και Επεμβατικής
Ακτινολογίας Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΝΟΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο ΛΑΪΚΟ, Αθήνα

ΝΤΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, MD

Χειρουργός Μαστού, Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΝΤΡΟΥΦΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Γ' Ογκολογικής Κλινικής
Θεραπευτήριο ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ, Αθήνα

ΞΕΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ, MD, PhD

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Ογκολογικού Τμήματος,
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα

ΠΑΝΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ, MD, PhD, FEBS

Μαιευτράς - Γυναικολόγος, Β' Κλινική Μαστού ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Ακτινοφυσικός, Υπεύθυνος Τμήματος Ιατρικής Φυσικής,
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΣ

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α' Παθολογικής
Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιστ. Συνεργάτης,
Νοσοκομείο ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ, Αθήνα

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΥΡΟΣ

Ογκολόγος Διευθυντής, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου, Αθήνα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΚΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Χειρουργός Μαστού,
Όμιλος ΥΓΕΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Πλαστικός Χειρουργός,
Κλινική ΙΑΣΩ & ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ GENERAL, Αθήνα

ΠΑΥΛΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Ομ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΕΤΕΙΝΕΛΗ ΕΦΗ

Ακτινοθεραπεύτρια - Ογκολόγος
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΠΟΥΛΑΚΑΚΗ ΦΙΟΡΙΤΑ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα

ΠΟΥΛΟΥ ΛΟΥΚΙΑ, MD, MSc, PhD

Συνεργάτης Μονάδας Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής
Ακτινολογίας Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΡΕΣ ΕΛΕΝΗ

Παθολόγος Ογκολόγος, MD, PhD, Επιμ. Α΄
Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι", Αθήνα

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Επίκουρος Καθηγητής Ογκολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

ΣΟΥΣΗΣ ΙΑΚΩΒΟΣ

Ιατρός Αναπαραγωγής, Μαιευτήρας - Χειρουργός - Γυναικολόγος,
Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΣΤΑΘΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΟΥΛΙΩ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού,
Θεραπευτήριο ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ, Αθήνα

ΣΤΑΦΥΛΑ ΒΑΝΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΡΕΑ, Αθήνα

ΣΤΕΡΓΙΟΥΛΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ,
Τμήμα Ελικοειδούς Ακτινοθεραπείας TomoTherapy "ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ"
Τμήμα Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής CyberKnife
"ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ", Αθήνα

ΣΤΡΑΤΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ

Ειδ. Παθολόγος, Β Ογκολογική Κλινική
Νοσοκομείο ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ, Αθήνα

ΤΡΙΧΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κέντρου
Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΤΣΙΠΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος,
Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΤΣΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Chief Executive Officer Genekor,
Athens

ΦΑΛΙΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Β΄ Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ,

Πλαστικός Χειρουργός MD, PhD, CCBC
Αναπλ. Καθηγητής, Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

ΦΩΣΤΗΡΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια, Ερευνήτρια Γ΄, ΕΚΕΦΕ “Δημόκριτος”,
Συνεργάτιδα Β΄ Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Αν. Διευθυντής Δ΄ Κλινικής Μαστού,
Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Β΄ Ογκολογικής Κλινικής,
Θεραπευτήριο METROPOLITAN, Αθήνα

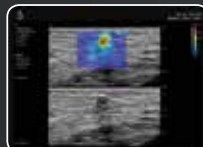
ΨΑΘΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Ιατρός Αναπαραγωγής, Ιδρυτικό Μέλος ΜΙΥΑ
Institute of Life ΙΑΣΩ, Αθήνα

Intelligence and innovation in Ultrasound



ShearWave® PLUS



SonicPad®



New transducer family



genius3D
MAMMOGRAPHY EXAM™

ΤΟΜΟΣΥΝΘΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η **μοναδική** πιστοποιημένη από **FDA** για
γυναίκες με πυκνούς μαστούς

αποδείξεις, όχι υποσχέσεις

Έως 65% ↑ αύξηση ανίχνευσης διηθητικών καρκίνων συγκριτικά με τη 2D μαστογραφία	40% ↓ μείωση στις επαναλήψεις 200 Περισσότερες από 200 μελέτες αποδεικνύουν την κλινική αποτελεσματικότητα	Ακρίβεια Η μοναδική συνθετική 2D μαστογραφία εγκεκριμένη από FDA στο να αντικαταστήσει την 2D	7,000 Περισσότερες από 7,000 3D Hologic εγκαταστάσεις παγκοσμίως	45% ↓ μείωση δόσης με τη συνθετική 2D μαστογραφία	Χρόνος εξέτασης 3.7s Η συντομότερη 3D εξέταση για μειωμένη πιθανότητα κίνησης ασθενούς και μειωμένο χρόνο συμπλέξης
---	---	--	---	---	---

HOLOGIC®



PAPAPOSTOLOU
HEALTHCARE TECHNOLOGIES
est. 1914

ΑΘΗΝΑ Εθν. Αντιστάσεως 93 · 154 51 · Νέο Ψυχικό +30 210 67 90 000

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Πλ. Συντριβανίου 4 · 546 21 +30 2310 233 251

info@papapostolou.gr www.papapostolou.gr

ΠΑΤΡΑ · ΙΩΑΝΝΙΝΑ · ΗΡΑΚΛΕΙΟ · ΧΑΝΙΑ · ΛΑΡΙΣΑ · ΚΟΖΑΝΗ



Ασύρματο scanner διαγνωστικού υπέρηχου υψηλών προδιαγραφών

- Linear 7,5-10,0 MHz
- Convex 3,5-5,0MHz
- Phased Array 3,5-5,0MHz



Windows



Android



iOS

Letrafem®

Δισκία λετροζόλης 2.5 mg



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



ARITI A.E. ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Τατοΐου 52,
13677 Αχαρνές
Τηλ.: 210 8002650 - Fax: 210 6207503
www.ariti.gr - info@ariti.gr

ariti®

στηλα
στον άνθρωπο

ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

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

IBRANCE (palbociclib) ΣΚΛΗΡΑ ΚΑΨΑΚΙΑ 75 mg, 100 mg και 125 mg

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Χρήση σκευασμάτων που περιέχουν υπερικό/βαλσαμόχορτο (St. John's Wort). **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ:** Προ/περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Όταν το IBRANCE χορηγείται σε προ/περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε συνδυασμό με αναστολέα αρωματάσης, είναι υποχρεωτική η ωθηκεκτομή ή η καταστολή της λειτουργίας των ωθηκών με χορήγηση αγωνιστή LHRH, λόγω του μηχανισμού δράσης των αναστολέων της αρωματάσης. Ο συνδυασμός του palbociclib με τη φουλβεστράντη σε προ/περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχει μελετηθεί μόνο σε συνδυασμό με ένα αγωνιστή LHRH. Κρίσιμη σπλαγχνική νόσος. Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του palbociclib δεν έχουν μελετηθεί σε ασθενείς με κρίσιμη σπλαγχνική νόσο. Αιματολογικές διαταραχές. Για ασθενείς που εμφανίζουν ουδετεροπενία Βαθμού 3 ή 4 συνιστάται διακοπή της δόσης, μείωση της δόσης ή καθυστέρηση στην έναρξη των κύκλων της θεραπείας. Θα πρέπει να διεξάγεται κατάλληλη παρακολούθηση (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες Ενέργειες»). Διάμεση πνευμονοπάθεια/πνευμονίτιδα. Μπορεί να παρουσιαστεί βαριάς μορφής, απειλητική για τη ζωή ή θανατηφόρα ILD ή/και πνευμονίτιδα σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με IBRANCE, όταν λαμβάνεται σε συνδυασμό με ενδοκρινική θεραπεία. Σε κλινικές δοκιμές (PALOMA-1, PALOMA-2, PALOMA-3), το 1,4% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με το IBRANCE παρουσίασε ILD/πνευμονίτιδα οποιουδήποτε βαθμού, 0,1% παρουσίασε βαθμού 3, ενώ δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις βαθμού 4 ή θανατηφόρες περιπτώσεις. Επιπλέον περιπτώσεις ILD/πνευμονίτιδας έχουν παρατηρηθεί μετά την κυκλοφορία στην αγορά, με την αναφορά θανατηφόρων περιστατικών (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες Ενέργειες»). Παρακολουθήστε τους ασθενείς για πνευμονικά συμπτώματα ενδεικτικά ILD/πνευμονίτιδας (π.χ. υποξία, βήχας, δύσπνοια). Σε ασθενείς που παρουσιάζουν νέα ή επιδεινούμενα αναπνευστικά συμπτώματα και υπάρχει η υποψία ανάπτυξης ILD/πνευμονίτιδας, διακόψτε το IBRANCE αμέσως και αξιολογήστε τον ασθενή. Διακόψτε οριστικά το IBRANCE σε ασθενείς με βαριάς μορφής ILD ή πνευμονίτιδα. Δομώξεις. Καθώς το IBRANCE έχει μυελοκατασταλτικές ιδιότητες, μπορεί να προδιαθέσει τους ασθενείς για λοιμώξεις. Λοιμώξεις έχουν αναφερθεί σε υψηλότερο ποσοστό σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με το IBRANCE σε τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες σε σύγκριση με ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο αντίστοιχο σκέλος σύγκρισης. Λοιμώξεις Βαθμού 3 και Βαθμού 4 εμφανίστηκαν αντίστοιχα στο 5,6% και το 0,9% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με το IBRANCE σε οποιονδήποτε συνδυασμό (βλ. παράγραφο «Ανεπιθύμητες Ενέργειες»). Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης και τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις ιατρικές ενδείξεις. Οι γιατροί θα πρέπει να ενημερώσουν τους ασθενείς ώστε να αναφέρουν αμέσως οποιαδήποτε επεισόδια πυρετού. Ηπατική δυσλειτουργία. Χορηγήστε το IBRANCE με προσοχή σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία, υπό στενή παρακολούθηση για σημεία τοξικότητας. Νεφρική δυσλειτουργία. Χορηγήστε το IBRANCE με προσοχή σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, υπό στενή παρακολούθηση για σημεία τοξικότητας. Ταυτόχρονη θεραπεία με αναστολείς ή επαγωγείς του CYP3A4. Οι ισχυροί αναστολείς του CYP3A4 μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη τοξικότητα. Θα πρέπει να αποφευχθεί η ταυτόχρονη χρήση ισχυρών αναστολέων του CYP3A4 κατά τη διάρκεια της θεραπείας με το palbociclib. Το ενδεχόμενο συγχωρήγησης θα πρέπει να εξετάζεται μόνο μετά από προσεκτική αξιολόγηση των δυνητικών οφελών και κινδύνων. Εάν η συγχωρήγηση με ισχυρό αναστολέα του CYP3A4 δεν μπορεί να αποφευχθεί, μειώστε τη δόση του IBRANCE στα 75 mg μία φορά την ημέρα. Όταν διακοπεί ο ισχυρός αναστολέας, αυξήστε τη δόση του IBRANCE (μετά από 3 – 5 ημιπερίόδους ζωής του αναστολέα) έως τη δόση που χρησιμοποιείτο πριν την έναρξη του ισχυρού αναστολέα του CYP3A4. Η συγχωρήγηση επαγωγών του CYP3A4 μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη έκθεση στο palbociclib και κατά συνέπεια σε κίνδυνο έλλειψης αποτελεσματικότητας. Συνεπώς, η ταυτόχρονη χρήση του palbociclib με ισχυρούς επαγωγείς του CYP3A4 θα πρέπει να αποφεύγεται. Δεν απαιτείται καμία προσαρμογή της δόσης για τη συγχωρήγηση του palbociclib με μέτριους επαγωγείς του CYP3A4. Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία ή οι σύντροφοί τους. Γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία ή οι άνδρες σύντροφοί τους πρέπει να χρησιμοποιούν μία μέθοδο αντισύλληψης υψηλής αποτελεσματικότητας ενώ παίρνουν το IBRANCE. Λακτόζη. Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν περιέχει λακτόζη. Οι ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη γαλακτόζη, έλλειψη λακτάσης Lapp ή κακή απορρόφηση γλυκόζης-γαλακτόζης δεν θα πρέπει να πάρουν αυτό το φάρμακο. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Περίληψη του προφίλ ασφάλειας.** Το συνολικό προφίλ ασφάλειας του IBRANCE βασίζεται σε συγκεντρωτικά δεδομένα από 872 ασθενείς που έλαβαν palbociclib σε συνδυασμό με ενδοκρινική θεραπεία (N = 527 σε συνδυασμό με λετροζόλη και N = 345 σε συνδυασμό με φουλβεστράντη) σε τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες σε HR-θετικό, HER2-αρνητικό προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνιο του μαστού. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 20%) οποιουδήποτε βαθμού που αναφέρθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν palbociclib σε τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες ήταν ουδετεροπενία, λοιμώξεις, λευκοπενία, κόπωση, ναυτία, στοματίτιδα, αναιμία, διάρροια, αλωπεκία και θρομβοπενία. Οι πιο συχνές (≥ 2%) ανεπιθύμητες ενέργειες Βαθμού ≥ 3 του palbociclib ήταν ουδετεροπενία, λευκοπενία, λοιμώξεις, αναιμία, αυξημένη ασπартική αμινοτρανσφεράση (AST), κόπωση και αυξημένη αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT). Μειώσεις της δόσης ή της τροποποιήσεως της δόσης λόγω οποιασδήποτε ανεπιθύμητης ενέργειας αναφέρθηκαν στο 38,4% των ασθενών που έλαβαν το IBRANCE σε τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες ανεξαρτήτως συνδυασμού. Οριστική διακοπή λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας αναφέρθηκε στο 5,2% των ασθενών που έλαβαν το IBRANCE σε τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες ανεξαρτήτως συνδυασμού. Παρακάτω αναφέρονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες από το συγκεντρωτικό σύνολο δεδομένων 3 τυχαioποιημένων μελετών. Η διάμεση διάρκεια της θεραπείας με palbociclib στο συγκεντρωτικό σύνολο δεδομένων κατά την τελική ανάλυση της συνολικής επιβίωσης (OS) ήταν 14,8 μήνες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες παρατίθενται ανά κατηγορία συχνότητας. Οι κατηγορίες συχνότητας ορίζονται ως ακολούθως: πολύ συχνές (≥ 1/10), συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10) και όχι συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100). **Προτιμώμενος όρος^a** Πολύ συχνές: Λοιμώξεις^b, ουδετεροπενία^c, λευκοπενία^d, αναιμία^e, θρομβοπενία^f, μειωμένη όρεξη, στοματίτιδα^g, ναυτία, διάρροια, έμετος, εξάνθημα^h, αλωπεκία, ξηροδερμία, κόπωση, εξασθένιση, πυρετός, ALT αυξημένη, AST αυξημένη. **Συχνές:** Εμπύρετη ουδετεροπενία, δυσγευσία, όραση θамπή, δακρύρροια αυξημένη, ξηροφθαλμία, επίσταξη, ILD/πνευμονίτιδαⁱ. **ALT=** αμινοτρανσφεράση της αλανίνης, **AST=** ασπартική αμινοτρανσφεράση, **ILD=**διάμεση πνευμονοπάθεια, **N/n=** αριθμός ασθενών. **N/A=**δεν εφαρμόζεται. **Ανεπιθύμητη αντίδραση στο φάρμακο (Adverse Drug Reaction, ADR)** που εντοπίζεται μετά την κυκλοφορία στην αγορά. ^aΟι προτιμώμενοι όροι (PT, Preferred Terms) αναγράφονται σύμφωνα με το MedDRA 17.1. ^bΟι λοιμώξεις περιλαμβάνουν όλους τους PT που αποτελούν μέρος της Κατηγορίας Οργανικού Συστήματος «Λοιμώξεις και παρασιτώσεις». ^cΗ ουδετεροπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Ουδετεροπενία, Αριθμός ουδετεροφίλων μειωμένος. ^dΗ λευκοπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Λευκοπενία, Αριθμός λευκοκυττάρων μειωμένος. ^eΗ αναιμία περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Αναμία, Αιμοσφαίρινη μειωμένη, Αιματοκρίτης μειωμένος. ^fΗ θρομβοπενία περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Θρομβοπενία, Αριθμός αιμοπεταλίων μειωμένος. ^gΗ στοματίτιδα περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Αφθώδης στοματίτιδα, Χειλίτιδα, Γλωσσίτιδα, Γλωσσοδυνία, Εξέλκωση του στόματος, Φλεγμονή βλεννογόνου, Άλγος του στόματος, Στοματοφαρυγγική δυσφορία, Στοματοφαρυγγικό άλγος, Στοματίτιδα. ^hΤο εξάνθημα περιλαμβάνει τους ακόλουθους PT: Εξάνθημα, Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, Κνησμοδές εξάνθημα, Ερυθρηματώδες εξάνθημα, Βλατιδώδες εξάνθημα, Δερματίτιδα, Δερματίτιδα ομοιάζουσα με ακμή, Τοξικό εξάνθημα δερμάτος. ⁱΗ ILD/πνευμονίτιδα περιλαμβάνει κάθε αναφερόμενο PT που αποτελεί μέρος του Τυποποιημένου Ερωτήματος MedDRA για τη διάμεση πνευμονοπάθεια (με τη στενή έννοια). Στον παρακάτω Πίνακα αναφέρονται οι εργαστηριακές παθολογικές τιμές που παρατηρήθηκαν σε συγκεντρωτικό σύνολο δεδομένων 3 τυχαioποιημένων μελετών (N = 872).

	Ibrance συν λετροζόλη ή φουλβεστράντη			Σκέλη συγκριτικού παράγοντα*		
Εργαστηριακές παθολογικές τιμές	Κάθε Βαθμού %	Βαθμού 3 %	Βαθμού 4 %	Κάθε Βαθμού %	Βαθμού 3 %	Βαθμού 4 %
WBC μειωμένα	97,4	41,8	1,0	26,2	0,2	0,2
Ουδετερόφιλα μειωμένα	95,6	57,5	11,7	17,0	0,9	0,6
Αναιμία	80,1	5,6	Δ/Ι	42,1	2,3	Δ/Ι
Αιμοπετάλια μειωμένα	65,2	1,8	0,5	13,2	0,2	0,0
AST αυξημένη	55,5	3,9	0,0	43,3	2,1	0,0
ALT αυξημένη	46,1	2,5	0,1	33,2	0,4	0,0

WBC-λευκά αιμοσφαίρια, AST-ασπартική αμινοτρανσφεράση, ALT-αμινοτρανσφεράση της αλανίνης, N-αριθμός ασθενών, Δ/Ι-δεν ισχύει. Σημείωση: Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων βαθμολογούνται ανάλογα με τον βαθμό βαρύτητας της έκδοσης 4.0 των NCI CTCAE. * Λετροζόλη ή φουλβεστράντη.

Περιγραφή επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών. Συνολικά, ουδετεροπενία οποιουδήποτε βαθμού αναφέρθηκε σε 716 (82,1%) ασθενείς που έλαβαν IBRANCE ανεξαρτήτως συνδυασμού, με ουδετεροπενία Βαθμού 3 να έχει αναφερθεί σε 500 (57,3%) ασθενείς και ουδετεροπενία Βαθμού 4 να έχει αναφερθεί σε 97 (11,1%) ασθενείς. Ο διάμεσος χρόνος μέχρι το πρώτο επεισόδιο ουδετεροπενίας οποιουδήποτε βαθμού ήταν 15 ημέρες (12-700 ημέρες) και η διάμεση διάρκεια ουδετεροπενίας Βαθμού ≥ 3 στις 3 τυχαioποιημένες κλινικές μελέτες ήταν 7 ημέρες. Εμπύρετη ουδετεροπενία αναφέρθηκε στο 0,9% των ασθενών που έλαβαν IBRANCE σε συνδυασμό με φουλβεστράντη και στο 1,7% των ασθενών που έλαβαν palbociclib σε συνδυασμό με λετροζόλη. Εμπύρετη ουδετεροπενία αναφέρθηκε σε περίπου 2% των ασθενών που εκτέθηκαν στο IBRANCE κατά τη διάρκεια του συνολικού κλινικού προγράμματος. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών.** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω: **Ελλάδα:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585, Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>. **Κύπρος:** Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475 Λευκωσία, Φαξ: + 357 22608649, Ιστότοπος: www.moh.gov.cy/phs. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Βέλγιο. **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:** Pfizer Ελλάς Α.Ε., Α. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό, Αθήνα, Τηλ.: +30 210 6785800. **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ:** Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch), Λεωφόρος Αθαλάσσας 26, Κτήριο Στεφανή, 2^{ος} Όροφος, 2018 Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 817690. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/16/1147/001-009. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 06/2020. **75 MG BT X 21 CAPS, 100 MG BT X 21 CAPS, 125 MG BT X 21 CAPS. ΓΙΑ ΠΛΗΡΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΤΟΠΙΚΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ.**

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής.

ΓΙΑ ΠΛΗΡΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΤΟΠΙΚΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟ.

STRATAFIX™ Knotless Tissue Control Device



STRATAFIX™ Spiral
Knotless Tissue Control Device
with bidirectional design



STRATAFIX™ Spiral
Knotless Tissue Control Device
with unidirectional design



STRATAFIX™ Symmetric
Knotless Tissue Control Device

Versatile Knotless Tissue Control Device portfolio

ETHICON

PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

1. Ethicon: STRATAFIX™ Knotless Tissue Control Device Claims Matrix. 060056170214 EMEA. Data on File. 2. Moran ME, Marsh C, Perrotti M. Bidirectional-barbed sutured knotless running anastomosis v classic Van Velthoven in a model system. *J Endourol*. 2007;21(10):1175-1177. 3. Rodeheaver GT, Piñeros-Fernandez A, Salopek LS, et al. Barbed sutures for wound closure: in vivo wound security, tissue compatibility and cosmesis measurements. In: Transactions from the 30th Annual Meeting of the Society for Biomaterials; Mount Laurel, NJ, 2005. p. 232. 4. Vakili JJ, O'Reilly MP, Sutter EG, Mears SC, Belkoff SM, Khanuja HS. Knee arthroscopy repair with a continuous barbed suture: a biomechanical study. *J Arthroplasty*. 2011;26(5):710-713. 5. Ethicon: 100326296: Time Zero Tissue Holding - Competitive Claims Comparisons for STRATAFIX™ Knotless Tissue Control Devices vs Various Products. 2015. Data on File.

Please always refer to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2018, 056477181024 EMEA

**Get More
with STRATAFIX™**

**More Security¹⁻⁵
More Consistency¹
More Efficiency¹**

than traditional sutures

Η ΔΥΝΑΜΗ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

στη θεραπευτική επιλογή ασθενών
με HR+/HER2- mBC¹

✓ Κλινική Αποτελεσματικότητα¹⁻⁴

✓ Δεδομένα Κλινικής Πρακτικής⁵⁻⁷

✓ Δεδομένα έκβασης από αναφορές ασθενών (PRO)^{8,9}

✓ Καθιερωμένο Προφίλ Ασφάλειας^{1-4,10,11}

✓ Ένας συνιστώμενος έλεγχος παρακολούθησης*¹

✓ Μία κάψουλα, μία φορά τη μέρα¹

Το IBRANCE, 125mg μια φορά την ημέρα για 21 μέρες σε κύκλο 28 ημερών (σχήμα 3/1), ενδείκνυται για τη θεραπεία του τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού καρκίνου του μαστού ο οποίος είναι θετικός στους ορμονικούς υποδοχείς (HR) και αρνητικός στον υποδοχέα τύπου 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER2).

- σε συνδυασμό με αναστολέα της αρωματάσης

- σε συνδυασμό με φουλβεστράντη σε γυναίκες που έχουν λάβει προηγούμενη ενδοκρινική θεραπεία

Σε προ- ή περι-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες η ενδοκρινική θεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με LHRH αγωνιστή.¹

Για το πλήρες κείμενο της δοσολογίας και του τρόπου χορήγησης συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Το Ibance αντενδείκνυται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα, καθώς και σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν σκευάσματα που περιέχουν υπερικό/βαλσαμόχορτο (St. John's Wort). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (≥ 20%) οποιουδήποτε βαθμού που αναφέρθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν palbociclib σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες ήταν ουδετεροπενία, λοιμώξεις, λευκοπενία, κόπωση, ναυτία, στοματίτιδα, αναιμία, διάρροια, αλωπεκία και θρομβοπενία. Οι πιο συχνές (≥ 2%) ανεπιθύμητες ενέργειες βαθμού ≥ 3 του palbociclib ήταν ουδετεροπενία, λευκοπενία, λοιμώξεις, αναιμία, αυξημένη σπασμική αμινοτρανσφεράση (AST), κόπωση και αυξημένη αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT).¹

*Πρέπει να εκτελείται πλήρης αιματολογικός έλεγχος πριν από την έναρξη της θεραπείας και κατά την έναρξη του κάθε κύκλου, καθώς και την Ημέρα 15 των πρώτων 2 κύκλων και όπως ενδείκνυται κλινικά.

LHRH = ορμόνη απελευθέρωσης της ωχρινότροπου ορμόνης. mBC = μεταστατικός Καρκίνος Μαστού.

1. IBRANCE, Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος 06/2020. 2. Rugo H, et al. Breast Cancer Res Treat. 2019;174(3):719-729. 3. Finn RS, et al. N Engl J Med. 2016;375(20):1925-1936. 4. Cristofanilli M, et al. Lancet Oncol. 2014;17(4):425-439. 5. DeMichele A, et al. SABCS 2019. Poster P1-19-02 6. Waller J, et al. J Glob Oncol. 2019 May;5: JG01800239 7. Taylor-Stokes G, et al. Breast. 2019 Feb; 43:22-7 8. Harbeck N, et al. Ann Oncol. 2016;27(6):1047-1054. 9. Rugo HS, et al. Ann Oncol. 2018;29(4):888-894. 10. Dieras V, et al. J Natl Cancer Inst. 2019;111(4):419-430. 11. Verma S, et al. Oncologist. 2016;21:1165-1175.

Η συντετμημένη Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος δημοσιεύεται σε άλλη σελίδα του παρόντος

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



Περίληψεις Ομιλιών



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1

Διαγνωστική παθήσεων μαστού
Επηρεάζουν τη θεραπευτική απόφαση;
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 09.30-10.30

Προεδρείο: Δημητρώπουλος Νικόλαος - Πούλου Λουκία- Λαζάρου Σπυρίδων

ΣΥΝΗΘΗ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΤΑ BIRADS

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

Ακτινοδιαγνώστης, M, MD, PhD, Δ/ντής Κέντρου Απεικόνισης Μαστού, Νοσοκομείο ΛΗΤΩ, Αθήνα

Η πολυπλοκότητα της ορολογίας που χρησιμοποιείται στη γνωμάτευση των μαστογραφιών, υπερήχων και MRI οδηγεί σε αδυναμία επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών. Έχει δημιουργηθεί ένας ενιαίος τρόπος γνωμάτευσης με βάση μία κοινή χρησιμοποιούμενη ορολογία, την αξιολόγηση-κατηγοριοποίηση των ευρημάτων και τη προκύπτουσα σύσταση περαιτέρω οδηγιών αναλόγως της κατηγοριοποίησης των ευρημάτων, ο οποίος ονομάζεται BIRADS. Για όλους τους τύπους των απεικονιστικών εξετάσεων μαστού υπάρχουν 6 κατηγορίες. Το 0 σημαίνει ότι είναι ανεπαρκής ο χαρακτηρισμός των ευρημάτων, το 1 τελείως ανεπαρκής εξέταση, το 2 τυπικά καλοήγη ευρήματα, το 3 πιθανώς καλοήγη ευρήματα, το 4 ύποπτη ανωμαλία, το 5 εξαιρετικά ύποπτη και το 6 ιστολογικά ταυτοποιημένη κακοήθεια. Πολλά λάθη γίνονται στη χρησιμοποίηση του 0, όπως ότι μετά την ολοκλήρωση των συμπληρωματικών εξετάσεων πρέπει να γίνεται η τελική αξιολόγηση και να αλλάζει στην τελική έκθεση. Στην κατηγορία 3 επίσης το συνηθέστερο λάθος είναι ότι αποτελεί μια παροδική κατηγορία. Οφείλει να αλλάζει μετά από 2-3 έτη. Στην κατηγορία 4 και 5 το συνηθέστερο λάθος είναι ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε Screening Μαστογραφία, παρά μόνο μετά από διαγνωστικό απεικονιστικό workup του ευρήματος.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΕΝΤΟΠΙΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΜΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΜΙΚΡΟΑΠΟΤΙΤΑΝΩΣΕΩΝ**

ΜΠΕΧΡΑΚΗ ΣΑΡΙΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης Τμήματος Απεικονίσεων και Επεμβατικής Ακτινολογίας Κλινικής Ιασώ, Αθήνα

Η ψηφιακή μαστογραφία, παραμένει η βασική μέθοδος πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού.

Η τομοσύνθεση έγινε ευρέως γνωστή και χρησιμοποιήθηκε κυρίως για να μειώσει τα προβλήματα που δημιουργεί η επιπρόσβολή των ινοαδενικών στοιχείων σε πυκνούς μαστούς.

Τι ισχύει για τις μικροαποτιτανώσεις ?

Πολλές φορές είναι η μόνη ή η αρχική απεικονιστική εκδήλωση της νόσου . Χαμηλής σκιαγράφησης μικροαποτιτανώσεις στην τομοσύνθεση μπορεί να μην αναδुकνεύονται ύποπτες ή πολλές φορές να μην είναι ορατές. Artifact που προκαλούν και που παρότι εφαρμόζονται αλγόριθμοι μείωσης αυτών, μπορούν να επηρεάσουν την απεικόνιση της αλλοίωσης.

Ο συνδυασμός της ψηφιακής μαστογραφίας με τομοσύνθεση ή της συνθετικής μαστογραφίας Cniew με τομοσύνθεση έχει καλύτερη απόδοση και μεγαλύτερη ευαισθησία. Ωστόσο αυτός ο συνδυασμός διπλασιάζει την ακτινοβολία που λαμβάνει η εξεταζόμενη και αυξάνει το χρόνο μελέτης της εξέτασης.

Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε την ορθή χρήση, τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΔΙΑΒΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΧΑΡΤΗ ΤΟΥ ΘΗΣΑΥΡΟΥ

ΚΟΥΦΟΥΔΑΚΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

MD PhD MSc FEBS DTTA DIMC RCSEd , Χειρουργός Μαστού, The Breast Center of Cyprus
Λευκωσία Κύπρος

Με την εξέλιξη και βελτίωση των απεικονιστικών τεχνικών, δεν είναι λίγες οι φορές όπου ο ακτινολόγος και ο χειρουργός μαστός έρχονται αντιμέτωποι με μη ψηλαφητά ευρήματα. Όταν απαιτείται βιοψία μιας βλάβης που δεν είναι αντιληπτή υπερηχογραφικά ή κλινικά, πρέπει να συνδυάσουμε όλες τις απεικονιστικές μεθόδους και να τις συνδυάσουμε.

Αυτό απαιτεί την καταγραφή των ευρημάτων ώστε να είναι αναπαραγώγιμη, κατανοητή, και να εξασφαλίζει την ακριβή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας

Η συσχέτιση μαστογραφίας- υπερηχογραφήματος είναι απαραίτητη και πρέπει να γίνει με στόχο:

- Να καθοριστεί η θέση του ευρήματος
- Το μέγεθός του
- Το σχήμα του
- Οι πύριξ ιστοί
- Να καθοριστεί η θέση του

Οι ασυμμετρίες στη μαστογραφία, ιδίως όταν φαίνονται μόνο σε μια λήψη, για να διερευνηθούν πρέπει να αντιστοιχισθούν στο υπερηχογράφημα. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο μπορεί να σχετίζεται με: κύστη, ουλή, λιπώδη νέκρωση, αιμάτωμα, ενδομαστικό λεμφαδένα ή έκτοπο μαζικό αδέν. Πιθανές καλοήθεις κλινικές εκφράσεις μπορεί να είναι: τραύμα, φλεγμονή, HRT, αλλαγές βάρους, ή διαφορές στην τεχνική λήψης. Βασικό μέλημα βέβαια είναι να αποκλείσουμε τις κακοήθειες, όπως DCIS, IDC, ILC, invasive mucinous carcinoma και αν δεν εκπροσωπείται η ασυμμετρία στο υπερηχογράφημα, τότε η επόμενη επιλογή είναι η στερεοτακτική βιοψία.

Οι ύποπτες βλάβες που δεν αναγνωρίστηκαν στην μαστογραφία και το υπερηχογράφημα αλλά είναι εμφανείς στην μαγνητική τομογραφία, μπορούν να επανεκτιμηθούν με Second Look υπερηχογράφημα. Εάν αυτό δεν γίνεται τότε απαιτείται βιοψία υπό μαγνητική καθοδήγηση.

Το Second Look υπερηχογράφημα έχει την δυσκολία της διαφορετικής τοποθέτησης του ασθενή. Για να εντοπίσουμε λοιπόν την αντιστοιχία στο υπερηχογράφημα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τις ακόλουθες διαφορές:

Διαφορές υπερηχογραφήματος από την MRI

- Μεγάλη διαφορά στην πρόσθια και οπίσθια θέση (έως και 6εκ.)
- Μικρή διαφορά στην κεφαλο-ουραία θέση
- Ελάχιστη ή και καθόλου διαφορά στα έσω και έξω τεταρτημόρια
- Στην περιγραφή της ώρας υπάρχει διαφορά μέχρι και 2 ώρες
- Η απόσταση από τη θηλή είναι αισθητά μικρότερη στο υπερηχογράφημα
- Το μέγεθος μπορεί να υπερβάλλει στη μαγνητική

Εάν γίνει η βιοψία υπερηχογραφικά, τοποθετούμε κλιπ και επιβεβαιώνουμε τη σωστή θέση με επανάληψη της μαγνητικής, εφόσον δεν είμαστε σίγουροι.

Συμπέρασμα

Όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με ύποπτες μη ψηλαφητές βλάβες που απαιτούν βιοψία, το ιδανικό είναι να την αναγνωρίσουμε στο υπερηχογράφημα. Εάν η βλάβη εντοπίζεται στο υπερηχογράφημα τότε μπορεί να γίνει:

- Βιοψία core
- Σύγκριση και παρακολούθηση
- Σήμανση με συρμάτινο οδηγό

Εάν κάτι τέτοιο είναι αδύνατο, τότε έχουμε την επιλογή της στερεοτακτικής βιοψίας και της βιοψίας υπό μαγνητική καθοδήγηση.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΒΙΔΑΛΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Διευθύντρια Κυτταρολογικού Εργαστηρίου, ΙΑΣΩ

Η συμβολή της Κυτταρολογικής εξέτασης στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η παρακέντηση μαστού με λεπτή βελόνη FNAC είναι από τις πρώτες διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται μια ασθενής που θα επισκεφτεί ένα κέντρο μαστού.

Μαζί με την ψηλάφηση και τη μαστογραφία (triple test) αποτελεί απαραίτητη διαγνωστική εξέταση για τη διαλογή ασθενών, που θα προχωρήσουν στη συνέχεια σε core biopsy ή απλώς θα συνεχίσουν την παρακολούθηση.

Η FNA μπορεί να γίνει σε:

Ψηλαφητές αλλοιώσεις μαστού συμπαγείς ή κυστικές

Μη ψηλαφητές αλλοιώσεις με την καθοδήγηση υπερηχοτομογράφου

Η FNA μαστού είναι μια μέθοδος με:

υψηλή ευαισθησία που κυμαίνεται από 80%-100%

υψηλή ειδικότητα που φτάνει στο 99%

Είναι καλά αποδεκτή από τις ασθενείς, δεν έχει παρενέργειες, έχει χαμηλό κόστος και παρέχει γρήγορο και αξιόπιστο αποτέλεσμα.

Η παρακέντηση μαστού με λεπτή βελόνα έχει αντικαταστήσει σε πολλές περιπτώσεις την ανοιχτή χειρουργική βιοψία, ιδιαίτερα όταν η ασθενής είναι επιβαρυνμένη και δεν μπορεί να πάρει νάρκωση.

Μία πρόσθετη τεχνική που χρησιμοποιούμε κυρίως στο εργαστήριό μας είναι ο εγκλεισμός όλου του υλικού σε κύβο παραφίνης (cell block). Σ' αυτή την περίπτωση αξιοποιούμε όλο το υλικό της παρακέντησης, οπότε μπορούμε να αυξήσουμε την ευαισθησία της εξέτασης ακόμη περισσότερο.

Επιπλέον στο υλικό του κύβου παραφίνης μπορούμε να εφαρμόσουμε ανοσοκυταροχημικούς δείκτες, που μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για την βιολογική συμπεριφορά του όγκου, εφόσον πρόκειται για κακοήθεια.

Έτσι μπορούμε να γνωρίζουμε τα επίπεδα:

ER

PR

Ki-67

HER-2neu

Λοιπές μοριακές τεχνικές (FISH, mRna)

Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να καθοριστεί η θεραπευτική προσέγγιση προ εγχειρητικά, το οποίο αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα για την ασθενή.

Πρέπει να αναφερθεί η αξία της παρακέντησης με λεπτή βελόνα σε όργανα εκτός του μαστού, που μπορεί να μας αποκαλύψει ή να επιβεβαιώσει την παρουσία μεταστάσεων.

Μία συνηθισμένη περίπτωση είναι η παρουσία μικρο-μεταστάσεων στους λεμφαδένες, οι οποίες μπορούν να αναδειχθούν με την FNAC πριν την τελική επέμβαση, ώστε να γίνει πιο σωστά ο σχεδιασμός της θεραπείας.

Επίσης με την FNAC μπορεί να τεθεί η διάγνωση εξωλεμφαδενικών μεταστάσεων όπως π.χ. στο δέρμα, υπεζωκώτα, ήπαρ, εγκέφαλο.

Συμπερασματικά η παρακέντηση μαστού δια λεπτής βελόνης FNAC είναι μια εξέταση πρώτης γραμμής στη διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών με αλλοιώσεις στο μαστό.

Στο υλικό της FNAC μπορούν να εφαρμοστούν ανοσοκυταροχημικοί και μοριακοί δείκτες, δίνοντας μας πληροφορίες για το προφίλ των νεοπλασμάτων, βοηθώντας έτσι αποτελεσματικά τον κλινικό γιατρό στον προ εγχειρητικό σχεδιασμό της θεραπείας.

Επιπροσθέτως με τη βοήθεια της FNAC αποφεύγεται η ανοικτή βιοψία και η περιττή επέμβαση σε καλοήθεις αλλοιώσεις, ενώ η βοήθειά της είναι ανεκτίμητη σε ανεγχείρητα ή υποτροπιάζοντα κακοήγη νεοπλασμάτα, όπου δεν μπορεί να γίνει καμία επέμβαση, για να ληφθεί υλικό για βιοψία.

Όσο περισσότερο συνεργαζόμαστε, όμως, οι ακτινολόγοι με τους χειρουργούς, γίνεται όλο και πιο εύκολος ο εντοπισμός και η αντιστοίχιση των ευρημάτων σε όλες τις απεικονίσεις, αυξάνοντας τις διαγνωστικές αλλά και θεραπευτικές μας επιλογές.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2

**Διαχείριση μασχάλης την εποχή του φρουρού
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020**

Ώρα 10.30-11.30

Προεδρείο : Μπαλτάς Δημοσθένης- Φαλιάκου Ελένη - Δημητρακάκης Κωνσταντίνος

ΠΟΣΟ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΟΥΜΕ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΗΣ;

ΓΡΟΣΜΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Δ' Κλινικής Μαστού, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

Η σταδιοποίηση της μασχάλης αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού με τη μέθοδο της βιοψίας του φρουρού λεμφαδένα να αποτελεί μέθοδο εκλογής στον πρώιμο καρκίνο του μαστού (NSABP B-32) και σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία με αρνητική μασχάλη στη διάγνωση.

Ασθενείς με T1 ή T2 όγκους και κλινικά αρνητική μασχάλη και 1-2 θετικούς λεμφαδένες που πληρούν τα κριτήρια της ACOSOG Z0011 μπορούν να αποφύγουν το λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης εφόσον έχει προγραμματιστεί συμπληρωματική μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και συστηματική επικουρική θεραπεία. Μελέτες όπως IBCSG 23-01 και AATRM έρχονται να υποστηρίξουν τα αποτελέσματα της Z0011 καθώς και ότι η παρουσία μικρομεταστάσεων στον φρουρό λεμφαδένα δεν επιβάλλει να ακολουθήσει λεμφαδενικός καθαρισμός και αντιμετωπίζεται με ασφάλεια μόνο με παρακολούθηση.

Τρεις πρόσφατες προοπτικές πολυκεντρικές μελέτες (ACOSOG Z1071, SENTINA, SN FNAC) αξιολόγησαν τη χρήση της βιοψίας λεμφαδένα φρουρού σε ασθενείς με θετική μασχάλη που επρόκειτο να υποβληθούν σε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία. Η ανεύρεση περισσότερων από έναν φρουρών λεμφαδένων, η χρήση διπλής τεχνικής σήμανσης (ραδιοϊσότοπο και μπλε χρωστικής) και η καθιέρωση της τεχνικής του MD Anderson που καθιέρωσε τη στοχευμένη λεμφαδενεκτομή (αφαίρεση των σεσημασμένων λεμφαδένων μαζί με τους λεμφαδένες φρουρούς) μείωσε δραματικά τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.

Η διαχείριση των ασθενών με θετική μασχάλη ή που δεν πληρούν τα κριτήρια της Z0011 περιλαμβάνει δύο επιλογές, λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης ή ακτινοθεραπεία της μασχάλης. Τα τρέχοντα δεδομένα -AMAROS, OTOASOR- δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία της μασχάλης μπορεί να επιτύχει παρόμοια ποσοστά μακροχρόνιας ελέγχου της νόσου σε σχέση με το λεμφαδενικό καθαρισμό, ο οποίος εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας.

Συμπερασματικά, η σταδιοποίηση της μασχάλης έχοντας ξεκινήσει από ριζικούς εκτεταμένους λεμφαδενικούς καθαρισμούς σε μια προσπάθεια ελέγχου της νόσου κατέληξε προοδευτικά σε συντηρητικότερες χειρουργικές επεμβάσεις στη μασχάλη και βαδίζει προς ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό των εκτεταμένων αυτών επεμβάσεων.



Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Έκδοση | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΕΙ Ο ALND ΣΤΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ N+ ΣΕ N0;

ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Αν. Διευθυντής Δ' Κλινικής Μαστού, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα

Η βιοψία λεμφαδένων φρουρού (SLNB) έχει πλέον καθιερωθεί ως ενδεδειγμένη μέθοδος σταδιοποίησης της μασχάλης σε ασθενείς με κλινικά αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες πριν και μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία (NAC). Στις περιπτώσεις κλινικά θετικής μασχάλης κατά τη διάγνωση η οποία αρνητικοποιείται μετά από NAC, πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός παραμένει η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση εξαιτίας υψηλών ποσοστών ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων καθώς και ζητημάτων στη διαδικασία εντοπισμού του φρουρού λεμφαδένα.

Για να αποσαφηνιστεί η ακρίβεια της εφαρμογής SLNB σε ασθενείς με αρχικά θετική μασχάλη με πλήρη κλινική ανταπόκριση μετά από NAC, τρεις προοπτικές, πολυκεντρικές μελέτες (SENTINA, ACOSOG Z1071, SN FNAC) παρουσίασαν ποσοστά εντοπισμού του φρουρού 80,4-92,7% και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα 12,6-14,2%, ποσοστά όμως που βελτιώνονταν σε μεγάλο βαθμό με τη χρήση διπλής τεχνικής εντοπισμού και με την αφαίρεση 3 ή περισσότερων φρουρών.

Η μελέτη ACOSOG Z1071 (Alliance) ανέδειξε επίσης ότι τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στη βιοψία του φρουρού μετά από NAC μειώνονταν περαιτέρω με τον εντοπισμό και την αφαίρεση του λεμφαδένα -μαζί με τους φρουρούς αν δεν είναι εξ αυτών- που είχε υποβληθεί σε βιοψία πριν από τη θεραπεία (FNR 1,4%). Η αναγνώριση της σημαντικότητας της στοχευμένης λεμφαδενεκτομής (TAD) οδήγησε στην αναθεώρηση των NCCN Guidelines.

Πεδίο συζήτησης και μελετών (Alliance A011202 και NSABP B-51/RTOG 1304) αποτελεί και η συμβολή της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με πλήρη παθολογοανατομική ανταπόκριση στη μασχάλη μετά από NAC.

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψιν τα ως άνω δεδομένα σε συνδυασμό με τις τεχνικές δυσκολίες της μεθόδου διενέργειας βιοψίας λεμφαδένων φρουρού και στοχευμένης λεμφαδενεκτομής μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι υπό προϋποθέσεις μπορεί να αποφευχθεί ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός στη μετατροπή N+ σε N₀.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισπανία | Ελλάδα

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΤΗ ΜΑΣΧΑΛΗ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΦΡΟΥΡΟΥ;

ΤΣΙΠΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος 'Ομιλος ΙΑΣΩ

Σε ασθενείς με καρκίνο μαστού και κλινικά αρνητικούς λεμφαδένες η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα (sentinel node biopsy) έχει αντικαταστήσει τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης και θεωρείται πλέον η ενδεικνυόμενη μέθοδος (standard) για τον προσδιορισμό του λεμφαδενικού status .

Πρόσφατα ,τα συμπεράσματα από τις μελέτες **ACOSOG Z0011** και **IBCSG23-01** [1,2] έδειξαν πως ασθενείς με περιορισμένη νόσο στον φρουρό λεμφαδένα (Φ.Λ) που υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση διατήρησης μαστού και στη συνέχεια σε συστηματική χημειοθεραπεία καθώς και σε ακτινοβολία , μπορούν να αποφύγουν το λεμφαδενικό καθαρισμό (Λ.Κ) ,χωρίς διαφορά ως τον τοπικό - περιοχικό έλεγχο και ως προς την επιβίωση.

Σύμφωνα με τη μελέτη της (EORTC) 10981-22023 **AMAROS trial** [3] (πολυκεντρική - τυχαιοποιημένη φάσης III κλινική μελέτη σε ασθενείς με T1-T2 ,μόνο εστιακό ,διηθητικό καρκίνωμα μαστού ,με κλινικά αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες) τόσο ο λεμφαδενικός καθαρισμός όσο και η ακτινοβολία των λεμφαδένων είναι ισάξιοι θεραπευτικοί χειρισμοί ως προς τον τόπιο - περιοχικό έλεγχο της νόσου (LC) το ελεύθερο νόσου διάστημα (DFS),καθώς και την ολική επιβίωση (OS),σε ασθενείς με θετικό (Φ.Λ).

Επίσης,σύμφωνα με τα ευρήματα της AMAROS ,η συχνότητα εμφάνισης του λεμφοιδήματος είναι στατιστικώς σημαντικά μικρότερη σε ασθενείς που ακτινοβολούνται στους λεμφαδένες σε σχέση με τις ασθενείς που υποβάλλονται σε λεμφαδενικό καθαρισμό.

Σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο στη μασχάλη, (> 3 θετικούς λεμφαδένες ,κλινικά ψηλαφητούς) ,δηλ.σε ασθενείς που δεν τηρούν τα κριτήρια της ACOSOG Z0011 για χαμηλό φορτίο νόσου στη μασχάλη ,ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης (επίπεδα I-II) είναι απαραίτητος.Επίσης η παρουσία υπολειπόμενης νόσου (μακρομεταστάσεις στους λεμφαδένες μετά από εισαγωγική χημειοθεραπεία) και η αντένδειξη της ακτινοβολίας σε ορισμένη κατηγορία ασθενών καθιστούν τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης απαραίτητο θεραπευτικό χειρισμό .

Συμπερασματικά ,πάντα θα πρέπει να λαμβάνουμε όψιν και τα ιδιαίτερα μοριακά - γονιδιακά χαρακτηριστικά του όγκου καθώς υπάρχουν διαφορετικοί υπότυποι που προσδίδουν ένα ξεχωριστό προφίλ του όγκου που χρήζει εξατομικευμένης θεραπείας μέσω διεπιστημονικής προσέγγισης .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- 1.Armando E. Giuliano,et al: Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissectionon 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial, JAMA September 12, 2017 Volume 318, Number 10 [918-926].
2. Viviana Galimberti et al: Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with breast cancer and sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): 10-year follow-up of a randomised, controlled phase 3 trial, Lancet Oncol. 2018 Oct;19(10):1385-1393. doi: 10.1016/S1470- 5.PMID: 30196031 Clinical Trial.
3. Mila Donker et al:Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS):a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial, Lancet Oncol. 2014 November ; 15(12): 1303–1310. doi:10.1016/S1470-2045(14)70460-7.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΔΙΑΛΕΞΗ

ΑΠΟΚΛΙΜΑΚΩΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020

Ώρα 12.30-13.00

Προεδρείο : Ξεπαπαδάκης Γρηγόρης – Ασκοξυλάκης Ιωάννης

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ , MD, MPhil, PhD, FEBS

Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής Μαστού της UEMS

Πρόεδρος εξετάσεων UEMS - EBS - EBSQ in Breast Surgery

Τα τελευταία χρόνια, η Χειρουργική για τον Καρκίνο του Μαστού κινείται προς την κατεύθυνση της μείωσης του χειρουργικού τραύματος και βελτίωσης του αισθητικού αποτελέσματος, διατηρώντας τις ογκολογικές αρχές που διασφαλίζουν τη καλύτερη δυνατή πορεία των ασθενών. Αυτό το έχουμε επιτύχει κάνοντας τις απαραίτητες αλλά μικρότερης έκτασης χειρουργικές επεμβάσεις τόσο στο μαστό, όσο και στη μασχάλη και περιλαμβάνοντας στη χειρουργική του μαστού τις ογκοπλαστικές τεχνικές που μας διευρύνουν τον αριθμό των ασθενών που διατηρούμε τον μαστό τους.

Από το 1984 που ο Halstead έκανε δημοφιλή τη Ριζική μαστεκτομή που αποτέλεσε το “gold standard” για αρκετές δεκαετίες, περάσαμε σταδιακά στη τροποποιημένη και αργότερα στην απλή μαστεκτομή, στη τοπική αφαίρεση του όγκου με διατήρηση του μαστού και τη χορήγηση ακτινοβολίας και είμαστε στην εποχή της ογκεκτομής με «υγιή όρια», του “no tumor on ink”. Παράλληλα, την εποχή του ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού ακολούθησε η υιοθέτηση του «φρουρού λεμφαδένα» που μας δίνει τις ίδιες πληροφορίες που χρειαζόμαστε χωρίς όμως τα συχνά προβλήματα κινητικότητας και οιδήματος του άνω άκρου του λεμφαδενικού καθαρισμού, ο οποίος περιορίστηκε σε μικρό αριθμό ασθενών με λεμφαδενική νόσο ή αντικαταστάθηκε από τη χορήγηση ακτινοθεραπείας που έχει μικρότερη πιθανότητα των ανωτέρω επιπτώσεων.

Οι ογκοπλαστικές τεχνικές - ένας συνδυασμός των ογκολογικών αρχών των επεμβάσεων διατήρησης του μαστού με τις τεχνικές της Πλαστικής Χειρουργικής με σκοπό τη βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος - συμπεριελήφθησαν στη φαρέτρα του χειρουργού του μαστού, περιορίζοντας τις απόλυτες ενδείξεις της μαστεκτομής και διευρύνοντας το εύρος των περιστατικών διατήρησης του μαστού, συμπεριλαμβάνοντας και ασθενείς με μεγάλους όγκους, πολυεστιακή ή πολυκεντρική νόσο.

Στην αποκλιμάκωση όμως της έκτασης των χειρουργικών επεμβάσεων, θα πρέπει να σημειωθεί η σημαντική συμβολή των εξελίξεων της γνώσης στη συστηματική θεραπεία και της γνώσης και της τεχνολογίας στην Ακτινοθεραπεία. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η προσφορά της εφαρμογής της προ-εγχειρητικής θεραπείας ή/και η αντι-HER2 αγωγή.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισάν | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού και Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3
ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 13.00-14.00**

Προεδρείο : Γιαννούλης Κλεάνθης - Γιασσάς Στυλιανός - Πουλακάκη Φιορίτα

ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ- ΠΡΟΛΗΨΗ

ΓΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ MD, PhD

Χειρουργός Μαστού Α' Κλινική Μαστού, Νοσοκομείο Ιασώ, Αθήνα

Το μη διηθητικό καρκίνωμα μαστού (LCIS), ανήκει στη κατηγορία των υπερπλαστικών αλλοιώσεων του μαστού με Ατυπία. Ως εκ τούτου αποτελεί δείκτη αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μαστού στο μέλλον και αφορά και τους δύο μαστούς. Δεν έχει συγκεκριμένα απεικονιστικά χαρακτηριστικά και συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα σε βιοψία. Η αντιμετώπιση του αφορά στρατηγικές μείωσης κινδύνου. Εξάιρεση αποτελεί το πλειόμορφο μη λοβιακό καρκίνωμα του οποίου η αντιμετώπιση μοιάζει με αυτή του ενδοπορικού καρκινώματος.

Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού, αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα τύπο διηθητικού καρκινώματος (10-15% διηθητικών καρκινωμάτων στον Δυτικό κόσμο). Εμφανίζεται συνήθως σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η πολυκεντρικότητα και η αμφοτερόπλευρη εμφάνιση είναι συχνότερη από το πορογενές καρκίνωμα. Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του διαφέρουν και η μαγνητική Τομογραφία είναι απαραίτητη για τη πλήρη αξιολόγηση της νόσου. Αποτελεί σε ποσοστό >90% ορμονοεξαρτώμενη νόσο, με καλή ανταπόκριση στην Ορμονοθεραπεία. Οι μεταστάσεις εμφανίζονται αργότερα και μπορεί να αφορούν άτυπες θέσεις, όπως το περιτόναιο και ο γαστρεντερικός σωλήνας.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισάν | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ και της Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4
ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 15.00-16.00**

Προεδρείο : Καναλουπίτη Δήμητρα- Καραγεωργοπούλου Σοφία - Φωστήρα Φλωρεντία

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΦΩΣΤΗΡΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

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

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού παρόλο που αφορά σε 5%-15% του συνόλου των διαγνώσεων αποτελεί μια διακριτή ομάδα μιας και αφορά, κατά βάση, άτομα με διάγνωση σε πολύ νεαρή ηλικία τα οποία χρήζουν ειδικής κλινικής διαχείρισης.

Η ταυτοποίηση των ατόμων που φέρουν κληρονομούμενες γονιδιακές βλάβες στο DNA τους πραγματοποιείται μέσω του γονιδιακού ελέγχου, ο οποίος πλέον διενεργείται με ιδιαίτερα πρωτοποριακές μεθόδους αλληλούχησης του DNA. Παρόλα αυτά, απαραίτητο βήμα αποτελεί η ορθή διαλογή των ατόμων τα οποία πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια. Επιγραμματικά, οι τρεις άξονες με βάση των οποίων στοιχειοθετούνται τα κριτήρια αυτά αφορούν στην ηλικία διάγνωσης καρκίνου του μαστού, στην ιστοπαθολογία του όγκου, αλλά και στο βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό συναφών κακοηθειών σε εγγύς συγγενείς. Η επιλογή των ατόμων στα οποία θα γίνει σύσταση για γονιδιακό έλεγχο βασίζεται στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικου Δικτύου, National Comprehensive Cancer Network (NCCN), οι οποίες επικαιροποιούνται ετησίως, τόσο με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία όσο και λαμβάνοντας υπόψη τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα.

Η γενετική αξιολόγηση πραγματοποιείται ακολούθως της λήψης αναλυτικού οικογενειακού ιστορικού του υπό αξιολόγηση ατόμου, σε βάθος τουλάχιστον τριών γενεών, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνονται οι ιστολογικές εξετάσεις που αφορούν στις διαγνώσεις κακοήθειας (ή και άλλων εφόσον κρίνεται απαραίτητο). Πριν τη διενέργεια του γονιδιακού ελέγχου, οι υποψήφιοι εξεταζόμενοι ασθενείς ενημερώνονται αναλυτικά για τον γονιδιακό έλεγχο και έχουν τη δυνατότητα να θέσουν τα ερωτήματά τους, ενώ ζητείται η έγγραφη συγκατάθεση τους.

Είναι κατανοητό ότι τα κλινικά οφέλη που προκύπτουν από τα αποτελέσματα του γονιδιακού ελέγχου στον κληρονομικό καρκίνο είναι σημαντικά. Συμβάλει στην πρώιμη διάγνωση ή ακόμα και στην πρόληψη διάγνωσης δευτεροπαθών κακοηθειών μέσα από εντατικοποιημένα προγράμματα πρόληψης, αλλά και την ταυτοποίηση ασυμπτωματικών ατόμων που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας και την πρόληψη μέσω της ανίχνευσης μεταλλάξεων στα άτομα μιας οικογένειας συμβάλλοντας αποφασιστικά στη διαχείριση του προβλήματος στο πλαίσιο όλης της οικογένειας.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΓΟΝΙΔΙΑΚΕΣ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ N0/N1 ΟΓΚΟΥΣ ONCOTYPE- MAMMAPRINT

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος –Ογκολόγος, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής –Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ-METROPOLITAN GENERAL, Αθήνα

For women with early breast cancer, estrogen receptor (ER)-positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-negative, adjuvant endocrine therapy is the mainstay of systemic treatment. However, some of these cancers also stand to benefit from adjuvant chemotherapy. The magnitude of benefit from chemotherapy depends on the baseline risk of recurrence, which may be estimated from clinical features including the stage and grade of the tumor, as well as biologic features of the tumor, including gene expression.

All women with hormone receptor (HR)-positive, HER2-negative, non-metastatic breast cancer should be offered endocrine therapy.

Most instances of ER-positive, HER2-negative, node-negative breast cancer <1 cm, and all cancers ≤0.5 cm, have a sufficiently good prognosis with endocrine therapy alone, that they do not typically require adjuvant chemotherapy. At the other end of the risk spectrum, most women with stage III breast cancers will warrant adjuvant chemotherapy because of their risk of recurrence and the likely benefits of chemotherapy treatment. The majority of cases of ER-positive breast cancer fall in between these two extremes, and decisions regarding the addition of chemotherapy to adjuvant endocrine therapy are individualized based on patient and disease factors.

Using gene expression profiles in women with ER-positive, HER2-negative disease in whom the decision regarding whether or not to use chemotherapy is unclear.

- We typically use these assays in patients with T1b to T3, node-negative tumors.
- Some also use them in patients with limited node-positive disease, although this practice is not uniform.
- However, we do not use these assays in patients with T1aN0 disease, as these patients have an excellent prognosis with endocrine therapy alone; nor do we generally use them in patients with stage III disease, as such patients typically have a high likelihood of benefit from chemotherapy. Exceptions might be made for patients with low-grade tumors and very limited lymph node involvement.
- Finally, as the primary role of these assays is to determine which clinical situations warrant chemotherapy, we do not use these assays in women who are not candidates for chemotherapy as the results would not alter management. This might include patients with absolute contraindications to chemotherapy due to baseline health concerns or frailty, or women who for other reasons will not consider chemotherapy.

Gene expression profiles such as the Oncotype DX Recurrence Score (RS), EndoPredict, the Breast Cancer Index, and the Predictor Analysis of Microarray 50 (PAM50) intrinsic subtype assay have been developed to identify patients with such a low chance of recurrence that the absolute benefit of chemotherapy may not justify the risk of toxicities [1]. For the RS, prospective, randomized clinical trials do not demonstrate that women with low scores (less than 26) benefit from the addition of chemotherapy. By contrast, patients with higher scores on these assays have a sufficiently high risk of recurrence despite endocrine therapy that the addition of chemotherapy outweighs the risk of toxicities. Moreover, given that the response to treatment is not uniform among all cancers, these assays may identify those cancers that, based on their biologic profile, are likely to have an excellent outcome with endocrine therapy alone versus those in which the addition of chemotherapy would substantially reduce the risk of recurrence.

The Oncotype DX 21-gene Recurrence Score (RS) is the best-validated prognostic assay and may identify patients who are most and least likely to derive benefit from adjuvant chemotherapy. At this time, it is indicated for women with node-negative, estrogen receptor (ER)-positive, HER2-negative breast cancer to determine the prognosis in patients recommended to proceed with at least a five-year course of endocrine therapy.



The RS was developed by identifying the 250 most promising candidate genes described in the literature [2]. Investigators then used a reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR)-based method for generating quantitative expression levels of these genes in fixed tissue from 447 patients collected from three datasets. A mathematic formula that includes 16 genes (plus 5 reference genes) was then generated to optimize prediction of distant relapse despite tamoxifen therapy. The sum of this calculation is known as the RS.

The RS has been validated both as a prognostic as well as a predictive tool, by which to identify those patients with node-negative, hormone receptor (HR)-positive breast cancer whose prognosis is so favorable that the absolute benefit of chemotherapy is likely to be very low. Patients with ER-positive cancers that are node negative derive substantial benefit from chemotherapy if the 21-gene RS is high (typically >25). By contrast, if the score is low or midrange (≤ 25), there is no benefit to adding chemotherapy to endocrine treatment for women >50 years old, although younger women may experience some benefit [4,5,6].

The RS has been prospectively validated as a prognostic tool [6,7,8]. For example, the TAILORx study evaluated outcomes in 9719 women with HR-positive, HER2-negative, axillary node-negative breast cancer [4,6,7]. At nine years:

Among approximately 1600 women with low RS (≤ 10), all of whom received endocrine therapy without chemotherapy, the rate of invasive disease-free survival (DFS) at nine years was 84 percent [4].

- Among 6700 women with midrange RS (11 to 25), those randomly assigned to endocrine therapy alone had the same invasive DFS outcomes as those randomized to chemotherapy and endocrine therapy (83 versus 84 percent at nine years; hazard ratio [HR] 1.08, 95% CI 0.94-1.24) [4]. Rates of distant recurrence and overall survival (OS) were also similar between both groups (95 and 94 percent, for endocrine versus chemoendocrine therapy, respectively).

- Among almost 1400 women with a high RS (≥ 26), all of whom received chemotherapy (typically taxane- and/or anthracycline-containing regimens), the invasive disease free survival was 76 percent at nine years, and the rate of freedom from distant recurrence was 87 percent [4,9]. These results are better than what has been observed in other trials of endocrine therapy alone in similar patients (60 to 70 percent for invasive distant recurrence free survival rates, in the initial validation studies of the RS assay) [2,10]. Observational data also support an OS benefit for the addition of chemotherapy to endocrine therapy in this subset [11].

The overall results from TAILORx are similar to those from the PlanB trial [6], as well as earlier retrospective evaluations of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-20 clinical trial specimens ("prospective-retrospective" studies) [3]. In this trial of 651 patients, the addition of cyclophosphamide, methotrexate, plus fluorouracil (CMF) to tamoxifen resulted in a higher rate of distant DFS at 10 years among patients with a high RS (>30) compared with treatment with tamoxifen alone (88 versus 60 percent, respectively; relative risk 0.26, 95% CI 0.13-0.53) [3]. However, there was no evidence of a benefit with the addition of CMF among those with a low (<18) or an intermediate RS (19 to 30). It should be noted that the cutoff for low, intermediate, and high RS differed between the TAILORx and NSABP B-20 studies.

It has been argued that RS can be supplanted by improvements in pathologic grading and quantitative HR scoring. However, the NSABP B-20 study suggests that this may not be true. Even with central laboratory grading, 19 percent of high-grade tumors had a low RS (<18) and 5 percent of low-grade tumors had a high RS (>30). Further, the reproducibility of estrogen receptor (ER) and progesterone receptor (PR), as well as measures of proliferation such as immunohistochemistry (IHC) analysis of Ki-67, is poor between different laboratories.

Special considerations for those with intermediate RS — For women of any age whose tumors have a Recurrence Score (RS) ≤ 15 , or for those >50 years with an RS ≤ 25 , we recommend not using chemotherapy. Experts are divided in regards to the approach for patients ≤ 50 years with node-negative cancers with RS between 16 and 25. Some note that for most such patients they would not treat with chemotherapy, instead offering endocrine therapy alone and adding ovarian suppression for patients who are premenopausal. Other experts, however, offer chemotherapy to select women ≤ 50 years with RS 16 to 25, especially those who have either high-intermediate scores (21 to 25) or clinical risk factors, based on subset analyses of TAILORx discussed below [12].



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισπανία | Ελλάδα

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΟ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΟ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



In TAILORx, in the subset of women ≤ 50 years, endocrine therapy plus chemotherapy was associated with a lower rate of distant recurrence relative to endocrine therapy alone if the RS was >15 (at nine years, absolute percentage-point difference was 1.6 for RS 16 to 20, and 6.4 for RS 21 to 25). This benefit was not observed among women >50 years or in the overall population. In subsequent reporting of TAILORx, clinical-risk stratification was used with the RS [13]. Low clinical risk was defined as tumors ≤ 3 cm and low grade, ≤ 2 cm and intermediate grade, or ≤ 1 cm and high grade. Tumors that did not fit any of these categories were high risk. The level of clinical risk was predictive for a benefit from chemotherapy in the subset of patients ≤ 50 years with an RS of 16 to 20. Among these women, there was a decrease in distant recurrence rates with versus without chemotherapy among those with high clinical risk (5.5 versus 12 percent, respectively), but not with low clinical risk (4.6 versus 4.8 percent, respectively). When analyzing the data for the entire group of women with intermediate RS (11 to 25), clinical risk did not predict benefit from chemotherapy, irrespective of age. Furthermore, among women ≤ 50 years with an RS of 21 to 25, the benefit of chemotherapy was similar in the low- and high-clinical-risk subgroups (absolute chemotherapy benefit of 6.4 versus 8.7 percent, respectively).

Among premenopausal women, the benefit from chemotherapy in patients with intermediate RS in TAILORx peaked for those at age 45 years, and the benefit was less for menopausal women. This trend raises the hypothesis that the benefit with chemotherapy in premenopausal women with intermediate RS may be due to chemotherapy-induced premature menopause. (Women younger than 45 years are unlikely to go into a permanent menopause because of chemotherapy and women older than 45 years are more likely to be entering menopause irrespective of chemotherapy. At an age of approximately 45 years, women receiving chemotherapy are most likely to experience menopause due to the chemotherapy)

Some experts support this hypothesis, and therefore offer ovarian suppression rather than chemotherapy for premenopausal women with intermediate RS scores. Others, however, believe that further data are needed, especially in light of the meta-analysis by the Early Breast Cancer Trialists' Cooperative Group (EBCTCG) with 100,000 randomized patients that does not show any effect of age (or size, grade, stage, or ER status) in the relative benefit from chemotherapy [14]. In a subsequent EBCTCG meta-analysis evaluating dose-intense/dose-dense versus standard every-three-weekly chemotherapy with 37,000 randomized patients, a similar relative benefit with chemotherapy was demonstrated, independent of age and clinical risk factors [15]. However, these meta-analyses were conducted in unselected patients, and not in the intermediate RS group, and pathologic assessment was not performed centrally. Given different interpretations of available data, we recognize that differences in approach among experts exist.

The Amsterdam 70-gene prognostic profile was one of the first gene expression arrays approved for commercial use (MammaPrint). Although it was originally approved for use with unfixed, frozen tissue, it has now been adapted for use with formalin-fixed, paraffin-embedded tissue. Based on the randomized trial discussed below (MINDACT), ASCO has suggested MammaPrint is one of several assays that might be used to determine prognosis for those with high clinical risk, HR-positive, HER2-negative breast cancer and no or limited (one to three) involved lymph nodes to inform decisions regarding withholding chemotherapy [12,16]. However, those with low clinical risk are unlikely to benefit from chemotherapy regardless of the results of this assay. For those with lymph node involvement and a low risk by Amsterdam genetic profile, counseling should be provided that a benefit from chemotherapy cannot be excluded, particularly in patients with more than one involved lymph node.

The 70-gene-profile was developed using a supervised DNA microarray analysis of gene expression arrays on frozen tissue from 98 primary breast tumors [17]. A mathematic model is used to calculate a score that stratifies patients as having a breast cancer with an associated poor prognosis or good prognosis.

The clinical validity of the 70-gene prognostic profile has been demonstrated in multiple studies [18-22]. Results from an international randomized trial, the Microarray in Node-Negative Disease May Avoid Chemotherapy (MINDACT) trial, suggest that this genetic profile may identify subsets of patients who have a low likelihood of distant recurrence despite high-risk clinical features [22,23]. In this trial, 6693 women, approximately 80 percent of whom had lymph node-negative disease (and 20 percent of whom had one to three positive lymph nodes), underwent risk



assessment by clinical criteria (using Adjuvant! Online) and by the 70-gene profile. Patients with discordant clinical and genomic predictions were randomly assigned to receive or not receive adjuvant chemotherapy. Among patients in the intention-to-treat population who had a high clinical risk of recurrence but a low risk by Amsterdam genetic profile, the five-year distant metastases-free survival rates were similar with and without chemotherapy (95.9 versus 94.4 percent, respectively; HR for distant metastasis or death 0.78, 95% CI 0.50-1.21), suggesting that this profile might identify patients with high clinical risk who may reasonably forego chemotherapy. However, it should be noted that the MINDACT study was not powered to exclude a benefit of chemotherapy.

Observational studies have similarly suggested that the 70-gene profile identifies patients with a low chance of recurrence, independent of nodal status, tumor grade, or hormone or HER2 receptor status [24].

There are more limited data for use of gene expression profiles in lymph node positive disease. Although both the Amsterdam 70-gene profile (MammaPrint) and Oncotype DX Recurrence Score (RS) have been evaluated in node positive disease, data for both are limited in this setting. The approach to incorporating gene expression profiles among those with lymph node involvement is variable among experts.

Some do not utilize gene expression profiles in the setting of lymph node involvement and recommend chemotherapy for any involved lymph nodes; others apply the RS for those with one to three lymph nodes and offer chemotherapy for more involved lymph nodes; while others apply RS to those with very limited nodal disease and offer chemotherapy to those with greater lymph node involvement. As such, one may opt for any of the following approaches, taking into account the pros and cons of each strategy.

● Administer chemotherapy to those with lymph node-positive disease.

If choosing this approach, one does not assess RS, as it does not change management. This approach may represent overtreatment and corresponding toxicity for the majority of patients in this category, in an effort to avoid missing patients who could have benefited if they were treated. Supporting rationale and data are as follows.

Adjuvant chemotherapy appears to provide a relative risk reduction in breast cancer mortality of approximately 20 to 30 percent, irrespective of size, stage, grade, estrogen receptor (ER) status, and whether patients were given endocrine therapy, according to the Early Breast Cancer Trialists' Cooperative Group (EBCTCG) meta-analyses of 100,000 and 37,000 patients [14,15]. Traditionally, lymph node positivity has been thought to confer a worsened prognosis, with lymph node-positive cancers having almost a twofold increase in recurrence rates compared with lymph node-negative cancers, in the absence of chemotherapy. Therefore, given the higher absolute likelihood of recurrence in those with lymph node-positive disease, the absolute benefit of chemotherapy is higher in this subset, and therefore chemotherapy is offered.

● Apply the RS for those with one to three positive nodes, using cutoffs as for those with node-negative disease, and recommend chemotherapy to those with >3 lymph nodes involved.

The rationale for this approach is that, in the modern era of more effective local and adjuvant therapy (eg, aromatase inhibitors, bisphosphonates), lymph node positivity might not confer the same degree of heightened risk as it once did, and that trials in node-negative cancers have not shown benefit from chemotherapy in tumors with low RS. As such, the absolute benefit of chemotherapy may be less than previously thought. Moreover, contrary to the EBCTCG meta-analysis discussed above, data from the neoadjuvant setting suggest that chemotherapy may not provide as much of a benefit for those with estrogen receptor (ER)-positive, HER2-negative disease [59]. This approach is included in the American Society of Clinical Oncology guidelines and in the National Comprehensive Cancer Network guidelines [10,60].

It stands to reason, therefore, that one may identify a subset of patients with lymph node-positive disease (as in those with node-negative disease) whose prognosis is so good that even if chemotherapy reduces the relative risk by 20 to 30 percent, the absolute benefit would still be no more than 1 to 3 percent. This is approximately the risk of severe or life-threatening toxicity of chemotherapy, and therefore it would be reasonable to avoid chemotherapy in such a subset, if it were able to be identified.



Supporting data for using the RS in lymph node-positive disease to identify this good-prognosis subset are limited, but are as follows. In the PlanB study, among 348 patients with RS ≤ 11 (approximately 40 percent of whom had one to three involved lymph nodes and the rest of whom had node-negative disease), the three-year progression-free survival was 98 percent, after a median follow-up of 35 months [14]. Although subset analysis for patients with node-positive, low-RS cancers was not provided, the overall results suggest that patients with limited nodal disease may be able to avoid chemotherapy if the RS is low. Additionally, a retrospective study evaluated tumor specimens from 367 postmenopausal women with node-positive, hormone receptor (HR)-positive breast cancer randomly assigned to tamoxifen alone or six cycles of cyclophosphamide, doxorubicin, and fluorouracil (CAF) followed by tamoxifen [61]. Compared with tamoxifen alone, the addition of CAF among women with a high RS (>30) resulted in improvements in disease-free and overall survival. By contrast, among postmenopausal women with node-positive tumors and a low RS (<18), no benefit for chemotherapy treatment was observed.

● Employ a hybrid approach, such as applying the RS only for those with a single positive node with <5 mm deposit and no extracapsular extension, using cutoffs as for those with node-negative disease, and recommend chemotherapy to those with more substantial lymph node involvement.

Although there are no specific data to support a hybrid approach and specific size of deposits, etc, this clinical stratification approach attempts to minimize the risks of toxicity with overtreatment, and the risks of recurrence associated with undertreatment.

The SWOG S1007 RxPONDER trial, which utilizes the RS to assign HR-positive, HER2-negative, node-positive patients to standard endocrine therapy with or without adjuvant chemotherapy, is ongoing and will inform our approach.

1. Harris LN, Ismaila N, McShane LM, et al. Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 2016; 34:1134.
2. Paik S, Shak S, Tang G, et al. A multigene assay to predict recurrence of tamoxifen-treated, node-negative breast cancer. N Engl J Med 2004; 351:2817.
3. Paik S, Tang G, Shak S, et al. Gene expression and benefit of chemotherapy in women with node-negative, estrogen receptor-positive breast cancer. J Clin Oncol 2006; 24:3726.
4. Sparano JA, Gray RJ, Makower DF, et al. Adjuvant Chemotherapy Guided by a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. N Engl J Med 2018; 379:111.
5. Pan H, Gray R, Braybrooke J, et al. 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. N Engl J Med 2017; 377:1836.
6. Gluz O, Nitz UA, Christgen M, et al. West German Study Group Phase III PlanB Trial: First Prospective Outcome Data for the 21-Gene Recurrence Score Assay and Concordance of Prognostic Markers by Central and Local Pathology Assessment. J Clin Oncol 2016; 34:2341.
7. Sparano JA, Gray RJ, Makower DF, et al. Prospective Validation of a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. N Engl J Med 2015; 373:2005.
8. Poorvu PD, Gelber SI, Rosenberg SM, et al. Prognostic Impact of the 21-Gene Recurrence Score Assay Among Young Women With Node-Negative and Node-Positive ER-Positive/HER2-Negative Breast Cancer. J Clin Oncol 2020; 38:725.
9. Sparano JA, Gray RJ, Makower DF, et al. Clinical Outcomes in Early Breast Cancer With a High 21-Gene Recurrence Score of 26 to 100 Assigned to Adjuvant Chemotherapy Plus Endocrine Therapy: A Secondary Analysis of the TAILORx Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol 2020; 6:367.
10. Geyer CE Jr, Tang G, Mamounas EP, et al. 21-Gene assay as predictor of chemotherapy benefit in HER2-negative breast cancer. NPJ Breast Cancer 2018; 4:37.



Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Jean | Επίσημη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΜΑΣΤΟ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



11. Ma SJ, Oladeru OT, Singh AK. Association of Adjuvant Chemotherapy With Overall Survival in Patients With Early-Stage Breast Cancer and 21-Gene Recurrence Scores of 26 or Higher. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e203876.
12. Henry NL, Somerfield MR, Abramson VG, et al. Role of Patient and Disease Factors in Adjuvant Systemic Therapy Decision Making for Early-Stage, Operable Breast Cancer: Update of the ASCO Endorsement of the Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol* 2019; 37:1965.
13. Sparano JA, Gray RJ, Ravdin PM, et al. Clinical and Genomic Risk to Guide the Use of Adjuvant Therapy for Breast Cancer. *N Engl J Med* 2019; 380:2395.
14. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Peto R, Davies C, et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2012; 379:432.
15. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Increasing the dose intensity of chemotherapy by more frequent administration or sequential scheduling: a patient-level meta-analysis of 37 298 women with early breast cancer in 26 randomised trials. *Lancet* 2019; 393:1440.
16. Krop I, Ismaila N, Andre F, et al. Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Focused Update. *J Clin Oncol* 2017; 35:2838.
17. van 't Veer LJ, Dai H, van de Vijver MJ, et al. Gene expression profiling predicts clinical outcome of breast cancer. *Nature* 2002; 415:530.
18. van de Vijver MJ, He YD, van't Veer LJ, et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347:1999.
19. Buyse M, Loi S, van't Veer L, et al. Validation and clinical utility of a 70-gene prognostic signature for women with node-negative breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98:1183.
20. Mook S, Schmidt MK, Weigelt B, et al. The 70-gene prognosis signature predicts early metastasis in breast cancer patients between 55 and 70 years of age. *Ann Oncol* 2010; 21:717.
21. Cardoso F, Van't Veer L, Rutgers E, et al. Clinical application of the 70-gene profile: the MINDACT trial. *J Clin Oncol* 2008; 26:729.
22. Piccart M, Rutgers E, van't Veer L, et al. Primary analysis of the EORTC 10041/ BIG 3-04 MINDACT study: a prospective, randomized study evaluating the clinical utility of the 70-gene signature (MammaPrint) combined with common clinical-pathological criteria for selection of patients for adjuvant chemotherapy in breast cancer with 0 to 3 positive nodes. *Cancer Res* 2016; 76S: AACR #CT039.
23. Cardoso F, van't Veer LJ, Bogaerts J, et al. 70-Gene Signature as an Aid to Treatment Decisions in Early-Stage Breast Cancer. *N Engl J Med* 2016; 375:717.
24. Mook S, Knauer M, Bueno-de-Mesquita JM, et al. Metastatic potential of T1 breast cancer can be predicted by the 70-gene MammaPrint signature. *Ann Surg Oncol* 2010; 17:1406.
25. Cortazar P, Zhang L, Untch M, et al. Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. *Lancet* 2014; 384:164.
26. Goetz MP, Gradishar WJ, Anderson BO, et al. NCCN Guidelines Insights: Breast Cancer, Version 3.2018. *J Natl Compr Canc Netw* 2019; 17:118.



27. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology: Breast Cancer. Version 2.2017. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (Accessed on June 15, 2017).

Albain KS, Barlow WE, Shak S, et al. Prognostic and predictive value of the 21-gene recurrence score assay in postmenopausal women with node-positive, oestrogen-receptor-positive breast cancer on chemotherapy: a retrospective analysis of a randomised trial. Lancet Oncol 2010; 11:55.



ΓΟΝΙΔΙΑΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΥΠΑΡΧΕΙ ΘΕΜΑ; ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ακτινοθεραπευτής –Ογκολόγος Δ.Θ.Κ.Α., Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί βασικό σκέλος της θεραπείας πλήθους κακοηθειών, μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος του μαστού. Υπολογίζεται ότι ένα 50% του συνόλου των ασθενών με καρκίνο μαστού υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία ενώ αποτελεί μάλιστα αποτελεί αναπόσπαστο σκέλος της θεραπείας ασθενών που αντιμετωπίζονται με χειρουργείο διατήρησης του μαστού. Η ακτινοθεραπεία αφορά στη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας με σκοπό το θάνατο των καρκινικών κυττάρων, εξαλείφοντας την πιθανότητα τοπικής επέκτασης ή διασποράς. Εκτιμάται ότι η ακτινοθεραπεία ελαττώνει την δεκαετή πιθανότητα υποτροπής κατά 50% και τον κίνδυνο θανάτου στη 15ετία κατά 15%.

Ενώ οι περισσότεροι ασθενείς ανέχονται καλώς την ακτινοβολία χωρίς επιπλοκές, υπάρχουν ασθενείς που θα αναπτύξουν τοξικότητα από τη θεραπεία. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες διακρίνονται σε οξείες και απώτερες. Από αυτές, οι απώτερες είναι και οι σημαντικότερες αφού συχνά είναι μόνιμες και σχετίζονται με σημαντική αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Πόνος, απώλεια φυσιολογικής λειτουργίας του οργάνου και φτωχό κοσμητικό αποτέλεσμα είναι τυπικές απώτερες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Ειδικά στον μαστό, η οξεία τοξικότητα μπορεί να αφορά σε ερύθημα και σπανιότερα σε νέκρωση ή εξέλκωση. Στις απώτερες παρενέργειες συγκαταλέγονται η τηλεαγγειεκτασία, η ατροφία και η ίνωση.

Πλήθος μελετών έχει συσχετίσει συγκεκριμένους τύπους μεταλλάξεων με την πιθανότητα εμφάνισης τοξικότητας. Οι γονιδιακές αυτές μεταλλάξεις σε συνδυασμό πολλές φορές με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου όπως μεγάλο μέγεθος στήθους, ορμονοανεξάρτητη νόσος, ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης τοξικότητας.

Ειδικά για το γονιδιακό προφίλ και την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών, είναι γνωστό ότι στις βλάβες που προκαλεί στην έλικα του γενετικού υλικού η ακτινοβολία, υπεισέρχονται συγκεκριμένοι μηχανισμοί επιδιόρθωσης και μονοπάτια. Ασθενείς με μεταλλάξεις γονιδίων στα συγκεκριμένα αυτά μονοπάτια δε μπορούν να επιδιορθώσουν τη βλάβη στο γενετικό υλικό των φυσιολογικών κυττάρων και έτσι είναι πιο ευαίσθητοι στη δράση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας.

Στην κατηγορία αυτών των μηχανισμών επιδιόρθωσης, ανήκει η μεγάλη ομάδα των DDR πρωτεϊνών. Γονίδια επιδιόρθωσης γενετικού υλικού σε αυτή την κατηγορία, που έχουν ταυτοποιηθεί και συσχετισθεί με τον μαστό είναι το ATM, το XRCC1, η ομάδα BRCA1.

Αν και υπάρχουν έστω και εξεζητημένοι, από άποψη κόστους και σπανιότητας, μέθοδοι ταυτοποίησης αυτών των γονιδιακών μεταλλάξεων, δεν αποτελεί ρουτίνα ο έλεγχός τους πριν την έναρξη της ακτινοθεραπείας και ούτε ξεκάθαρο νομικό πλαίσιο που να περιγράφει τις διαδικασίες.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Επίκριση

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΤΟ και Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΤΟ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 16.00-16.45**

Προεδρείο : Βασιλόπουλος Ιωάννης – Σούσης Ιάκωβος – Ψαθάς Παναγιώτης

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

ΠΑΝΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ, MD, PhD, FEBS

Μαιευτήρας / Γυναικολόγος

Β Κλινική Μαστού Διευθυντής Ξεπαπαδάκης Γρ.

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει τον πιο συχνό τύπου καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό. Στην Ελλάδα καταγράφονται ετησίως περίπου 4500 νέα περιστατικά γυναικών με καρκίνο μαστού από τις οποίες 1000 περίπου βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία. Η αλλαγή των κοινωνικών και επαγγελματικών δεδομένων στην σημερινή κοινωνία προκάλεσε μία μετατόπιση της προοπτικής τεκνοποίησης μετά τα 30 έτη με αποτέλεσμα πολλές ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού να μην έχουν ολοκληρώσει τον οικογενειακό προγραμματισμό τους.

Η συστηματική επικουρική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού (χημειοθεραπεία ή/και ορμονοθεραπεία) επηρεάζει ποικιλοτρόπως την γυναικεία γονιμότητα. Έμμεσα, κυρίως μέσω του χρονικού παράγοντα, δεδομένου ότι οι θεραπείες αυτές μπορεί να διαρκέσουν από μήνες (π.χ. συμβατική χημειοθεραπεία) μέχρι και χρόνια (π.χ. βιολογικοί παράγοντες, ορμονοθεραπεία). Κατά τη χημειοθεραπεία η εγκυμοσύνη αντενδείκνεται για τον κίνδυνο πιθανής τερατογένεσης, ενώ κατά την ορμονοθεραπεία η γυναίκα μπαίνει σε τεχνητή παροδική εμμηνόπαυση. Άμεσα, μέσω απευθείας καταστροφής του ωοθηκικού ιστού, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη εμμηνόπαυση. Κατά συνέπεια το είδος της θεραπείας, ο βαθμός καταστροφής του ωοθηκικού ιστού και η ηλικία της ασθενούς είναι παράγοντες που θα καθορίσουν αν η αμηνόρροια που θα προκληθεί από την συστηματική θεραπεία (χημειοθεραπεία - ορμονικό χειρισμό σε συνδυασμό ή μόνες τους) θα είναι μόνιμη ή όχι. Στις ασθενείς που επιθυμούν μελλοντική εγκυμοσύνη και πρέπει να υποβληθούν σε συστηματική θεραπεία που μπορεί να προκαλέσει πρόωρη εμμηνόπαυση, υπάρχουν εναλλακτικές προσεγγίσεις διατήρησης της γονιμότητας

ΧΡΗΣΗ GnRh ΑΝΑΛΟΓΩΝ

Πρόκειται για την χορήγηση ενός ενέσιμου σκευάσματος κάθε 27 ημέρες κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία δρα προστατευτικά για τις ωοθήκες. Η χρήση GnRH αναλόγων κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποσκοπεί στην καταστολή της υπόφυσης και κατά συνέπεια στην προφύλαξη των πρωτογενών ωοθυλακίων, τα οποία δεν εκτίθενται στην αρνητική επίδραση της χημειοθεραπείας. Ωστόσο, η αποκλειστική χρήση GnRH Αναλόγων δεν αποτελεί εγγύηση διατήρησης γονιμότητας και πρέπει να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά με τις μεθόδους που περιγράφονται παρακάτω.

Διέγερση με ορμονικούς παράγοντες και ταυτόχρονη χρήση αναστολέων αρωματάσης

Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού που επιθυμούν να προχωρήσουν σε κατάψυξη ωαρίων η χορήγηση ορμονικών παραγόντων, όπως οι γοναδοτροφίνες, γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε τα επίπεδα τους να παραμένουν χαμηλά σε όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας και να μην προκαλείται ένα υπεριοιστρογονικό περιβάλλον, το οποίο θεωρητικά μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην πορεία της νόσου.

Αυτό επιτυγχάνεται με την **ταυτόχρονη χορήγηση ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, των αναστολέων αρωματάσης**. Η διέγερση σε ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο, όπως ο καρκίνος του μαστού, που εμφανίζει θετικούς υποδοχείς στο μεγαλύτερο ποσοστό των νεαρών ασθενών αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και είναι πάντα ένα ενδιαφέρον πεδίο συζήτησης



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Επίκριση

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΤΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΤΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



μεταξύ των θεραπόντων ιατρών. Θεωρητικά είναι πιθανή μια δυσμενής επίδραση στην ανάπτυξη του όγκου που μπορεί να προκληθεί από την επίδραση της ορμονικής διέγερσης, με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης τοπικής υποτροπής της νόσου. Κατά της θεωρίας αυτής μπορεί να ειπωθεί ότι οι νεαρές γυναίκες εμφανίζουν έτσι κι αλλιώς μια **αύξηση των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως χωρίς προηγούμενη ορμονική διέγερση**. Είναι εξαιρετικά απίθανο να προκληθεί μια επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου μετά από τόσο βραχύ διάστημα διέγερσης. Επιπλέον, από μεγάλες μελέτες προκύπτει ότι η επίτευξη κύησης μετά από επιτυχή ολοκλήρωση θεραπείας καρκίνου του μαστού όχι μόνο δεν επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα επανεμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που επιλέγουν να μην κυοφορήσουν αλλά ασκεί και μια προστατευτική δράση έναντι πιθανής υποτροπής της νόσου. Έτσι, σήμερα προτείνεται η διατήρηση μιας χαμηλής στάθμης οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της διέγερσης σε καρκίνο μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, μέσω της ταυτόχρονης λήψης αναστολέων αρωματάσης. Η τεχνική αυτή είναι η πιο διαδεδομένη και θεωρείται ως η πιο ασφαλής διαδικασία.

Κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων

Η κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας αποτελεί την πιο διαδεδομένη μέθοδο διατήρησης γονιμότητας, εφόσον υπάρχει ο διαθέσιμος χρόνος των περίπου δύο εβδομάδων πριν την έναρξη της θεραπείας. Η εξέλιξη των μεθόδων κρυοσυντήρησης (υαλοποίηση) των αγονιμοποιητών ωαρίων υπόσχεται ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Επιπλέον, η κατάψυξη των εμβρύων που αναπτύσσονται μετά τη γονιμοποίηση έχει το πλεονέκτημα της σχετικά υψηλής πιθανότητας κύησης. Η συνολική πιθανότητα κύησης μετά από εμβρυομεταφορά όλων των εμβρύων μετά από μια ωοληψία υπερβαίνει το 50%, εφόσον η ηλικία της γυναίκας είναι κάτω των 35 τη στιγμή της ωοληψίας.

Λαπαροσκόπηση και κατάψυξη ιστών ωοθήκης για επαναμεταμόσχευση μετά το πέρας της θεραπείας

Η λήψη ωοθηκικού ιστού για κατάψυξη πριν τη χημειοθεραπεία είναι η διαθέσιμη επιλογή, εφόσον κρίνεται αναγκαία η άμεση έναρξη της θεραπείας, όπως σε περιπτώσεις φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού. Η κατάψυξη ωοθηκικού ιστού μέσω λαπαροσκόπησης για επαναμεταμόσχευση μετά το τέλος της θεραπείας εφαρμόζεται με επιτυχία από το 2004 και αποτελεί πλέον μία αξιόπιστη λύση με καλά αποτελέσματα για αυτή την ομάδα των ασθενών.

Πρακτικά αφαιρείται το 50% του ιστού της μιας ωοθήκης μέρος του οποίου καταψύχεται σύμφωνα με το **αργό πρωτόκολλο κατάψυξης (πρωτόκολλο slow-freezing)**. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, σε περίπτωση επιθυμίας για απόκτηση παιδιών και εφόσον έχουν προηγηθεί τουλάχιστον δύο με τρία χρόνια ελεύθερα νόσου, τοποθετείται ο ωοθηκικός ιστός με ορθότοπη επαναμεταμόσχευση, είτε στην επιφάνεια της ωοθήκης ή σε μια περιτοναϊκή θήκη που δημιουργείται για το σκοπό αυτό. Με τη μέθοδο αυτή έχουν ήδη επιτευχθεί 84 τοκετοί μετά από 309 επαναμεταμοσχεύσεις ως τον Αύγουστο του 2017 χωρίς να έχει υπάρξει σε καμία ασθενή υποτροπή του καρκίνου.

Όσον αφορά το κρίσιμο ερώτημα του πότε χρονικά μπορεί να προγραμματιστεί με σχετική ασφάλεια μια εγκυμοσύνη σε μία γυναίκα που έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού, συνήθως προτείνεται να έχει παρέλθει ένα διάστημα 2-3 ετών από τη διάγνωση, δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπών συμβαίνει συνήθως αυτήν την χρονική περίοδο.

Συμπερασματικά, τα τωρινά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν αξιόπιστες λύσεις στο πολύ σημαντικό ζήτημα της διατήρησης της γονιμότητας σε γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού. Αυτές οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται άμεσα από τους θεράποντες ιατρούς σχετικά με τις διαθέσιμες δυνατότητες, και να έρχονται σε επαφή με ιατρικό προσωπικό εξειδικευμένου κέντρου προκειμένου να προχωρήσουν στην υλοποίηση των σχεδίων τους.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Επίσημη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής Γ' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο
Metropolitan, Αθήνα

Η Διάγνωση καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εντός ενός έτους από τον τοκετό αποτελεί μια σπάνια συνύπαρξη με 1,5-10 περιστατικά στις 10.000 κύσεις. Υπάρχει Περιορισμένη εμπειρία στη θεραπεία καρκίνου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα να παρατηρείται δισταγμός και απροθυμία από ιατρούς να αναλάβουν την αντιμετώπιση της. Υφίσταται καθυστέρηση στη διάγνωση και καθυστέρηση στην έναρξη θεραπειών. Πολύ συχνά η ασθενής υποθεραπεύεται ή υφίσταται αναίτια διακοπή κύησης ή πρώιμο τοκετό. Τα προβλήματα κατά την κύηση και καρκίνος είναι Η επίδραση της νόσου στη ήδη υπάρχουσα ή ακόμα και σε μελλοντική κύηση και η επίδραση της κύησης στη νόσο ενώ οι στόχοι της θεραπείας είναι η επαρκής θεραπεία μητέρας και η ασφάλεια του εμβρύου.

Δεν υπάρχει καμμία ένδειξη ότι η εγκυμοσύνη πρέπει να αποφεύγεται σε φορείς BRCA1/2 αλλά γενετική συμβουλευτική πρέπει να συστήνεται σε όλες τις γυναίκες με Ca μαστού στην εγκυμοσύνη. Κάθε ψηλαφητό μώλωμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι κακοήθεια αλλά είναι πιθανότερη η ψηλάφηση ινοαδενωμάτων, αδενώματα, γαλακτοκήλες, αποστήματα και φυσιολογικές μεταβολές της εγκυμοσύνης. Συνήθως υφίσταται καθυστέρηση στην διάγνωση καρκίνου μαστού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης 1-10 μήνες. Καθυστέρηση διάγνωσης για 1 μήνα επιφέρει αύξηση πιθανότητας διήθησης λεμφαδένων 0.9%. Μάζα μαστού που επιμένει > 2-4 εβδομάδες χρήζει διερεύνησης. Μπορούν να γίνουν υπερηχογράφημα μαστών και μαστογραφία αν και είναι δύσκολη η ερμηνεία των ευρημάτων λόγω αυξημένης αιμάτωσης και πυκνότητας των μαστών στην εγκυμοσύνη, με πολλά ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Η MRI αποφεύγεται στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο ώστε να μην εκτεθεί το έμβρυο στα υψηλά μαγνητικά πεδία και στο σκιαγραφικό γαδολίνιο. Στο 3^ο τρίμηνο είναι δύσκολο για την ασθενή να πάρει κατάλληλη θέση για το MRI. Στην περίοδο της γαλακτοφορίας μπορεί να γίνει MRI, όμως το νεογνό απαγορεύεται να θηλάσει για 48 τουλάχιστον ώρες. Κάθε συμπαγής βλάβη χρήζει βιοψίας. Η Core needle biopsy είναι εξέταση εκλογής και ακίνδυνη. Η FNA να αποφεύγεται, δίδει παραπλανητικά ευρήματα στην εγκυμοσύνη. Να ενημερώνεται ο παθολογοανατόμος ότι πρόκειται για εγκυμονούσα (αποφυγή υπερδιάγνωσης). Η ηλικία της ασθενούς εγκύου στη διάγνωση καθορίζει την ιστοπαθολογία και όχι η εγκυμοσύνη. Διενέργεια εξετάσεων σταδιοποίησης μόνο εάν πρόκειται να διαφοροποιηθούν οι θεραπευτικές αποφάσεις. Οι δόσεις ακτινοβολίας να μην υπερβαίνουν τα 0.1-0.2 Gy για το έμβρυο.

Η πρόγνωση εγκύων με καρκίνο μαστού δεν φαίνεται να διαφέρει απ' αυτή των μη εγκύων γυναικών ίδιας ηλικίας και σταδίου νόσου.

Η Θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική όπου υπάρχει Ικανοποιητική εμπειρία. Είναι ασφαλής μέθοδος σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Τα αναισθητικά δεν αποτελούν κίνδυνο τερατογένεσης για το έμβρυο

Μετεγχειρητική χρήση αναλγητικών είναι απαραίτητη διότι το στρές του άλγους προκαλεί πρώιμες ωδίνες Προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή είναι αναγκαία. Καθυστέρηση ακτινοθεραπείας έως τον τοκετό. Όταν η διάγνωση τίθεται στο 3^ο τρίμηνο τότε η ακτινοθεραπεία μπορεί να καθυστερήσει χωρίς συνέπειες για τη μητέρα έως τον τοκετό. Για πολλά χρόνια ήταν ταμπού η χορήγηση Χημειοθεραπείας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η επιλογή της θεραπείας πρέπει να γίνεται με βάση τα βιολογικά χαρακτηριστικά του νεοπλασματος (όπως σε μη-εγκυμονούσες) Συνήθως δοσολογία. Πρέπει όμως να αποφεύγεται/αναβάλλεται το 1^ο τρίμηνο, ενώ είναι σχετικά ασφαλής η χορήγηση της στο 2^ο-3^ο τρίμηνο. Η Tamoxifen να αποφεύγεται λόγω πρόκλησης γενετικών ανωμαλιών (πχ Goldenhar's syndrome, ασαφή γεννητικά όργανα, κολπική αιμορραγία και αποβολή) ~20%

Συνιστάται καθυστέρηση χορήγησης Trastuzumab για μετά τον τοκετό. Για την Πρόγνωση της Μητέρας υπάρχουν αντικρουόμενες πληροφορίες. Χειρότερη πρόγνωση λόγω μη χορήγησης θεραπείας και όχι λόγω βιολογίας της νόσου.



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 16.45-17.45**

Προεδρείο: Αθανασιάδης Ηλίας - Γροσομανίδης Δημήτριος- Παπαδόπουλος Γεώργιος

**ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

Δρ ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, MD, PhD

Παθολόγος – Ογκολόγος , Διευθυντής Ογκολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Ο καρκίνος του μαστού αντιμετωπίζεται με τοπικές (χειρουργική, ακτινοθεραπεία) ή/και συστηματικές (χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία) θεραπείες. Η χημειοθεραπεία αποτελεί βασικό μέρος της συστηματικής θεραπείας σε όλα τα στάδια της νόσου. Χορηγείται πριν (εισαγωγική - neoadjuvant) ή μετά (επικουρική - adjuvant) την χειρουργική αντιμετώπιση, στον πρώιμο μη μεταστατικό καρκίνο του μαστού ανά τακτά χρονικά διαστήματα (κύκλους), συνήθως ανά 3 εβδομάδες ή εβδομαδιαία. Χορηγείται σε συνδυασμούς δύο ή τριών φαρμάκων ενδοφλέβια. Η διάρκεια έγχυσης εξαρτάται από τα χορηγούμενα φάρμακα και κυμαίνεται από μερικά λεπτά μέχρι 3-4 ώρες. Η συνολική διάρκεια της χημειοθεραπείας στον πρώιμο καρκίνο εξαρτάται από το χορηγούμενο σχήμα και κυμαίνεται από 4 έως 6 μήνες (4 έως 8 κύκλοι των 21 ημερών με τον συνδυασμό ανθρακυκλίνης, κυκλοφωσφαμίδης και ταξάνης ή 4 κύκλοι των 21 ημερών με ανθρακυκλίνη και κυκλοφωσφαμίδη και 12 εβδομαδιαίες εγχύσεις με ταξάνη. Το σχήμα, που επιλέγεται εξαρτάται από το στάδιο, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του όγκου, που καθορίζουν την πρόγνωση και την θετικότητα της ογκοπρωτεΐνης HER-2, που αποτελεί θεραπευτικό στόχο για τα μονοκλωνικά αντισώματα trastuzumab, pertuzumab, τα οποία χορηγούνται και μετά το τέλος της χημειοθεραπείας μέχρι να συμπληρωθεί ένα έτος. Στον μεταστατικό καρκίνο, η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι ενδοφλέβια ή από του στόματος (π.χ. Capecitabine) και μπορεί να χορηγείται για 6 ή περισσότερους κύκλους ή μέχρι προόδου νόσου. Ο τρόπος και η διάρκεια χορήγησης εξαρτάται από το κυτταροστατικό ή τον συνδυασμό, από τον υπότυπο του καρκίνου και από την ανταπόκριση στην θεραπεία. Ο καρκίνος επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με διάφορους τρόπους. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας συμβαδίζει με ανεπιθύμητες ενέργειες, που ορισμένες φορές χαρακτηρίζονται σαν σοβαρές, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και είναι δύσκολα ανεκτές από τις ασθενείς. Οι συχνότερες και άμεσες είναι η ναυτία και ο έμετος, η λευκοπενία, η αναιμία και η θρομβοπενία, η στοματίτιδα και η κόπωση και η αλωπεκία. Εκτός από την έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας, επηρεάζουν συχνά και την ψυχολογική και συγκινησιακή σταθερότητα των ασθενών καθώς και την εργασία. Η επίδραση της χημειοθεραπείας στην ποιότητα ζωής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η συνοσηρότητα, ο χορηγούμενος συνδυασμός και το στάδιο της νόσου. Εκτός όμως από τις άμεσες, που συνοδεύουν την χημειοθεραπεία, παρατηρούνται και απώτερες παρενέργειες όπως είναι ο επηρεασμός της γονιμότητας και η πρώιμη εμμηνόπαυση, που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής. Παρά τις παρενέργειες της πάντως η χημειοθεραπεία παραμένει σαν βασικό σκέλος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, προσφέροντας την ευκαιρία για αύξηση της επιβίωσης και την ενδεχόμενη ίαση



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 18.00-19.00**

Προεδρείο: Μπαρμπούνης Βασίλειος- Σαλούστρος Εμμανουήλ

ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΤΟ STANDARD-OF-CARE;

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΣ

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

Η εισαγωγική χημειοθεραπεία (Neoadjuvant Chemotherapy, NACT) αναπτύχθηκε αρχικά ως θεραπεία διάσωσης στον μη μεταστατικό, αλλά χειρουργικά μη εξαιρέσιμο καρκίνο του μαστού. Σε ένα επόμενο βήμα η NACT εφαρμόστηκε πριν από τη χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με μεγάλους, όμως χειρουργικά εξαιρέσιμους όγκους, προκειμένου να μειωθεί η έκταση της χειρουργικής επέμβασης. Η προσέγγιση αυτή επεκτάθηκε και σε ασθενείς με μικρότερους όγκους όχι μόνο για τη μείωση της έκτασης της χειρουργικής επέμβασης, αλλά και για τη παρακολούθηση της δράσης της συστηματικής θεραπείας, επειδή η πλήρης παθολογοανατομική ανταπόκριση (pathologic Complete Response, pCR) συσχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση. Μετά από αρκετές αποτυχίες στη παρακολούθηση και τροποποίηση της NACT με βάση την ανταπόκριση του όγκου, δύο πρόσφατα δημοσιευμένες, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες έδειξαν, ότι μπορεί να βελτιωθεί με επικουρική αγωγή η πρόγνωση όσων ασθενών δεν κατάφεραν να επιτύχουν pCR. Ειδικότερα, οι μελέτες CREATE X και KATHERINE δείχνουν με ιδιαίτερη μεθοδολογική ακρίβεια, ότι σε ασθενείς με τριπλά αρνητικό (Triple Negative Breast Cancer, TNBC) και HER2-θετικό καρκίνο του μαστού η επικουρική αγωγή με καπεσιταμπίνη και T-DM1, αντιστοίχως, μπορούν να βελτιώσουν τη πρόγνωση, εάν η νόσος δεν έχει εξαλειφθεί με τη NACT. Αναδεικνύεται, κατά συνέπεια, ο ρόλος της pCR ως καταληκτικού σημείου της αγωγής και οδηγού στις περαιτέρω θεραπευτικές αποφάσεις. Επομένως, για τους δύο αυτούς υποτύπους καρκίνου του μαστού η NACT δεν αποτελεί επιλογή, αλλά μάλλον τη προτιμώμενη στρατηγική θεραπείας για τις περισσότερες ασθενείς.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισπανία | Σπάρτη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΑΛΛΑΖΕΙ Η ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.;

ΛΟΥΚΙΑ ΠΟΥΛΟΥ, MD, MSc, PhD

Συνεργάτης Μονάδας Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας Νοσοκομείου ΙΑΣΩ

Στόχος της ομιλίας είναι η ανάδειξη της θέσης της απεικόνισης και κυρίως της μαγνητικής τομογραφίας στην αξιολόγηση προεγχειρητικά της εισαγωγικής χημειοθεραπείας.

Η εισαγωγική χημειοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο μαστού έχει μεγάλη δυναμική, τόσο θεραπευτική όσο και προγνωστική.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει επέκταση των ενδείξεων της εφαρμογής της εισαγωγικής χημειοθεραπείας. Κύρια ένδειξη αποτελούν οι τοπικά προχωρημένοι καρκίνοι όπου η εισαγωγική χημειοθεραπεία μετατρέπει έναν ανεγχείρητο καρκίνο σε χειρουργήσιμο ή μια μαστεκτομή σε χειρουργείο διατήρησης του μαστού. Νέες ενδείξεις αποτελούν και οι πρώιμοι καρκίνοι, τριπλά αρνητικοί ή her2 θετικοί. Η συμμετοχή της εισαγωγικής θεραπείας είναι επίσης πολύ σημαντική και για την αντιμετώπιση της νόσου στην μασχάλη, αλλάζοντας την θεραπευτική προσέγγιση. Ως εκ τούτου θα πρέπει να αποτελεί μέσο εξατομικευμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με καρκίνο μαστού.

Η απεικόνιση χρησιμοποιείται ως το μέσο αξιολόγησης της ανταπόκρισης στην θεραπεία. Η μαγνητική τομογραφία υπερέρχει έναντι της μαστογραφίας, του υπερήχου και της κλινικής εξέτασης. Η ποσοτική απεικονιστική αξιολόγηση της ανταπόκρισης είναι δύσκολη και δεν μπορούν σ να εφαρμοστούν κριτήρια RECIST ή WHO όταν η μείωση του όγκου είναι κατά τόπους ή αφορά αλλαγή της αιμοδυναμικής συμπεριφοράς.

Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία μαστών υπερέρχει προσφέροντας συναξιολόγηση της αιμοδυναμικής συμπεριφοράς, του μεγέθους και της αλλαγής στην διάχυση του όγκου. Υπάρχουν και μελέτες που αξιολογούν τη χρήση της φασματοσκοπίας προς αξιολόγηση της ανταπόκρισης στην χημειοθεραπεία.

Η ακρίβεια της μαγνητικής εξαρτάται από τον τύπο του όγκου αλλά και την θεραπεία. Η μαγνητική τομογραφία δεν είναι τέλεια σαν μέθοδος αλλά χαρακτηρίζεται από υψηλή ποσοστά σύμπτωσης με τα αποτελέσματα της ιστολογικής, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με artificial intelligence, deep learning radiomics and genomics.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισπανία | Ελλάδα

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΜΑΣΤΟ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΚΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Όμιλος ΥΓΕΙΑ

Τα οφέλη της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε γυναίκες με ανεγχείρητο καρκίνο του μαστού έχουν αναγνωριστεί πριν από αρκετές δεκαετίες, αν και οι ασθενείς αυτές συνήθως υποβαλλόταν σε μαστεκτομή. Μεταγενέστερες μελέτες επιβεβαίωσαν ότι η προεγχειρητική χημειοθεραπεία μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των ασθενών που θα πληρούν τις προϋποθέσεις για χειρουργική επέμβαση διατήρησης μαστού (BCS) χωρίς αύξηση του τοπικού ποσοστού υποτροπής.

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία μπορεί να ελαττώσει την έκταση της τοπικοπεριοχικής νόσου, παρουσιάζοντας μοναδικές προκλήσεις για τους χειρουργούς, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης δυσκολίας στην αναγνώριση της κοίτης του όγκου και στην εξασφάλιση αρνητικών μακροσκοπικών και μικροσκοπικών χειρουργικών ορίων. Προκειμένου να καταστεί δυνατή η βέλτιστη χειρουργική επέμβαση η χρήση κλιπ σήμανσης του όγκου υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση διευκολύνει την μετέπειτα αναγνώριση της περιοχής του όγκου και την πραγματοποίηση επέμβασης διατήρησης του μαστού. Σε υπολειμματική νόσο μετά από νεοεπιχειρητική χημειοθεραπεία, είναι επαρκές το ελάχιστο όριο 'no ink on tumor' - όχι ύπαρξη καρκινικών κυττάρων στις κεχωρωσμένες με μελάνι επιφάνειες του χειρουργικού παρασκευάσματος.

Οι καρκίνοι που έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και είναι αρνητικοί στο HER2 είναι λιγότερο πιθανό να ανταποκριθούν σε νεοεπιχειρητική θεραπεία και να γίνουν επιλέξιμοι για BCS. Έτσι, αυτοί οι όγκοι έχουν γενικά ένδειξη για χειρουργική επέμβαση χωρίς νεοεπιχειρητική θεραπεία εκτός εάν είναι ανεγχείρητοι ή σχετίζονται με αποδεδειγμένη από βιοψία μεταστατική νόσο σε λεμφαδένια. Η προεγχειρητική ορμονοθεραπεία είναι μια εναλλακτική μέθοδος για αυτή την ομάδα των ασθενών.

Συμπερασματικά, ο στόχος είναι για όλους τους ασθενείς να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, μετά την ολοκλήρωση της νεοεπιχειρητικής χημειοθεραπείας, είτε με BCS είτε με μαστεκτομή, ακόμη και για τις ασθενείς που έχουν επιτύχει πλήρη ανταπόκριση. Η απεικόνιση του μαστού μετά την ολοκλήρωση της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας πρέπει να επαναλαμβάνεται για να εκτιμηθεί η ανταπόκριση του ασθενούς και να διευκολυνθεί ο χειρουργικός σχεδιασμός. Τέλος, η υποψηφιότητα ενός ασθενούς για BCS καθορίζεται από την έκταση του όγκου μετά και όχι πριν από τη νεοεπιχειρητική χημειοθεραπεία.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισότητα | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Ιατρικής και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΔΙΑΛΕΞΗ

LIFE STYLE

Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020

Ώρα 19.00-19.30

Προεδρείο : Μαραγκουδάκης Ευάγγελος - Κουμαριανού Άννα

ΝΤΡΟΥΦΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

Επιστημονική Συνεργάτης Γ' Ογκολογικής Κλινικής Θεραπευτήριο Metropolitan

Τρόπος ζωής και καρκίνος του μαστού

Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τους παράγοντες του τρόπου ζωής, οι οποίοι σχετίζονται με την πρόληψη της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού σε προεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Diet, nutrition, physical activity and breast cancer 2017 WCRF-AICR

<https://www.wcrf.org/sites/default/files/Breast-Cancer-2017-Report.pdf>

2017	DIET, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY AND PREMENOPAUSAL BREAST CANCER		
		DECREASES RISK	INCREASES RISK
STRONG EVIDENCE	Convincing		Adult attained height ¹
	Probable	Vigorous physical activity Body fatness ² Lactation ³	Alcoholic drinks ⁴ Greater birthweight ⁵

2017	DIET, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY AND POSTMENOPAUSAL BREAST CANCER		
		DECREASES RISK	INCREASES RISK
STRONG EVIDENCE	Convincing		Alcoholic drinks ¹ Body fatness ² Adult weight gain Adult attained height ³
	Probable	Physical activity ⁴ Body fatness in young adulthood ⁵ Lactation ⁶	



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισόν | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8
Συμπληρωματικές θεραπείες
Μπορούν να αυξήσουν την επιβίωση;
Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 09.30-10.00
Προεδρείο: Μαραγκουδάκης Ευάγγελος- Γιασσάς Στυλιανός

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΙΝ/ ΜΕΤΑ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΥΡΟΣ

Ογκολόγος, Δ/ντής Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού έχει καθιερωθεί από μελέτες που ξεκίνησαν την δεκαετία του 70 '. Κατά την διάρκεια των περασμένων δεκαετιών η προσθήκη φαρμάκων στην συμπληρωματική χημειοθεραπεία αύξησαν σταδιακά το όφελος που λάμβαναν οι ασθενείς και στον χρόνο ελεύθερο νόσου και στην συνολική επιβίωση . Η ανακάλυψη στοχευμένων θεραπειών κατά του υποδοχέα του επιδερμικού παράγοντα (*cerb2 Her2-neu*) προσέδωσε ένα σημαντικό όφελος σε ένα γκρουπ ασθενών που είχαν κακή πρόγνωση .

Η συμπληρωματική θεραπεία έγκειται στην προεγχειρητική (νεοεπικουρική) και μετεγχειρητική θεραπεία (επικουρική) .

Μεταanalύσεις μελετών δεν έχουν δείξει στατιστική διαφορά ανάμεσα στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ως αναφοράν την συνολική επιβίωση των ασθενών . Η απόλυτη ένδειξη της νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας είναι στο φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού και σχετική ένδειξη αποτελεί ο τοπικά προχωρημένος (*LABC*) . Έχει αποδειχθεί ότι η πλήρης παθολογοανατομική ύφεση σε ορισμένους υπότυπους καρκίνου μαστού (*τριπλά αρνητικοί , her2 +*) έχει μεγάλη προβλεπτική – προγνωστική σημασία . Σύγχρονες μελέτες έχουν αναδείξει ότι στους ασθενείς στους οποίους δεν έχουμε πλήρη παθολογοανατομική ύφεση η προσθήκη ή αλλαγή φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς μας να επιτύχουν την πολυπόθητη ίαση .

Η συμπληρωματική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού προϋποθέτει την ανάλυση των μοριακών και κλινικών ευρημάτων για την λήψη της βέλτιστης απόφασης για τους ασθενείς μας σε μία σύγχρονη ογκολογία που εξελίσσεται.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία Ελλάδας | Στήθος | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

ΚΑΡΑΧΟΝΤΖΙΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

Είναι γνωστή η δράση της ακτινοθεραπείας (ΑΚΘ) στην μείωση κινδύνου της υποτροπής, μετά από μερική ή ριζική μαστεκτομή. Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αύξηση της συνολικής επιβίωσης έχει αμφισβητηθεί.

Στον καρκίνο του μαστού έχει γίνει σαφές πως η προσθήκη ακτινοθεραπείας αυξάνει την συνολική επιβίωση (O.S) στις παρακάτω περιπτώσεις.

1) Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική διατήρησης του μαστού (BCS), η προσθήκη της ακτινοθεραπείας μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού στην δεκαεπταετία ως ακολούθως (a):

α) Σε όλες ανεξαρτήτως τις ασθενείς προκαλεί απόλυτη μείωση 3.8% $2p:0.00005$

β) Σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες (pN0), αλλά με επιβαρυντικούς προγνωστικούς παράγοντες (θετικό HER, αρνητικούς υποδοχείς, κακής διαφοροποίησης, υψηλό Ki67) μείωση 7,8%.

γ) Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες απόλυτη μείωση 8,5% $2p:0.01$.

2) Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, η προσθήκη της ακτινοθεραπείας μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του μαστού στην δεκαεπταετία ως ακολούθως.

α) Σε προεμμηνοπαυσιακές που έλαβαν ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία έχουμε αύξηση της συνολικής επιβίωσης (O.S) 9% $P<0.001$ (2).(b)

β) Σε μετεμμηνοπαυσιακές που έλαβαν ταμοξιφαίνη παρουσιάστηκε αύξηση της συνολικής επιβίωσης (O.S) 9% $p=0.03$.(c)

γ) Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προεγχειρητική χημειοθεραπεία λόγω προχωρημένου σταδίου (stage III - IV και T4 όγκους) αύξηση της επιβίωσης κατά 8% $p:0.002$.(d)

Για την ακτινοθεραπεία της έσω μαστικής αλύσου υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει διαφορά στην επιβίωση, αλλά η τυχαιοποίηση των ασθενών έτυχε σοβαρής κριτικής.(g)

Τέλος υπάρχει μια κατηγορία ασθενών με ενδοτορικό καρκίνωμα, νέων, με μεγάλους όγκους, κακής διαφοροποίησης, που δείχνει να ωφελείται στην ολική επιβίωση $p<.001$ από την προσθήκη ακτινοθεραπείας (ΑΚΘ)(f)

REFERENCES

Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Effect of radiotherapy after breast conserving surgery on 10 year recurrence and 15 year breast cancer death : meta-analysis of individual patient data for 1081 women in randomized trials. THE LANCET Volume 36, Issue 9503, 17 December 2005-6 January 2006.

Danish Breast Cancer Cooperative Group 82b Trial. Postoperative radiotherapy in high risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE Volume 337, number 14, October 1997..

Danish Breast Cancer Cooperative Group 82c Trial. Postoperative radiotherapy in high risk postmenopausal breast cancer patients given adjuvant Tamoxifen. THE LANCET Volume 353, Issue 9165, May 15 1999

Postmastectomy Improves local regional control and survival for selected patients with locally advanced breast cancer treated with neo adjuvant chemotherapy and mastectomy. J. CLIN. ONC. 2005 Dec 1.

Postmastectomy radiation improves the outcome of patients with locally advanced breast cancer who achieve a pathologic response to Neo adjuvant chemotherapy. ASTRO Oct 16-20 2005 Denver.

Patient prognostic score and associations with Survival improvement offered by radiotherapy after conserving surgery for ductal carcinoma in situ : A popular based longitudinal cohort study. J Clin Onc 2016 Apr.

Internal mammary and medial supraclavicular irradiation in breast cancer. N. ENGL. J. MED 2015 JUL.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισάν | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9

Γνωρίστε τη σύγχρονη Ακτινοθεραπεία

Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020

Ώρα 10.00-10.30

Προεδρείο: Τριχάς Μιλτιάδης - Γεωργακόπουλος Ιωάννης - Στεργιούλα Αναστασία

ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Ακτινοφυσικός –Υπεύθυνος Τμήματος Ιατρικής Φυσικής, Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
ΙΑΣΩ, Αθήνα

Τα τελευταία χρόνια, οι τεχνικές ακτινοθεραπείας για την αντιμετώπιση των νεοπλασιών του μαστού έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να παρέχουν το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ιδιαίτερα όσο αφορά στην καταπολέμηση των νεοπλασιών του αριστερού μαστού καθώς και του αντίστοιχου θωρακικού τοιχώματος αναπτύχθηκε η τεχνική της ακτινοθεραπείας με έλεγχο της αναπνοής.

Στόχος της τεχνικής αποτελεί η προστασία των υποκείμενων ιστών του μαστού όπως ο πνεύμονας και κυρίως η καρδιά και συνεπώς η ελαχιστοποίηση της τοξικότητας της θεραπείας.

Η τεχνική επιτρέπει τη χορήγηση της ακτινοβολίας μόνο στη φάση της μέγιστης εισπνοής και για προκαθορισμένο χρονικό διάστημα (20sec), κατά την οποία η απόσταση της καρδιάς από τον μαζικό αδένα είναι η μεγαλύτερη, ενώ ταυτόχρονα η ακτινική επιβάρυνση της καρδιάς και του πνεύμονα ελαχιστοποιείται.

Η περιοχή ακινητοποιείται με αποτέλεσμα να εξασφαλίζεται η επαναληψιμότητα της θέσης του όγκου-στόχου και των υγιών οργάνων, αυξάνοντας την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Με την παρούσα ομιλία πραγματοποιείται μία παρουσίαση της τεχνικής και των δοσιμετρικών πλεονεκτημάτων τα οποία προσφέρει.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιατρική | Γυναικεία

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΜΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ – ΕΠΙΤΑΧΥΝΟΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΠΟΤΕ;

ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

Στην προσπάθεια οι γυναίκες να διατηρήσουν το μαστό τους χωρίς να στερούνται την ακτινοβολία η οποία μειώνει την πιθανότητα υποτροπής της νόσου εφαρμόζεται η μέθοδος της μερικής ακτινοβολήσης του μαστού σε γυναίκες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της νόσου και αναλόγως της ηλικίας τους

Στην μερική ακτινοβολήση μαστού αλλάζει τελείως η συχνότητα της ακτινοβολήσης και από πέντε έως επτά εβδομάδες που διαρκεί συνήθως, ολοκληρώνεται μέσα σε δέκα ημέρες και επικεντρώνεται στην κοίτη του όγκου την οποία πλέον μπορούμε να προσδιορίσουμε με ακρίβεια και να την ακτινοβολήσουμε με μεγάλα ημερήσια κλάσματα. Υλοποιείται δε με διάφορες μεθόδους: με βραχυθεραπεία, διεγχειρητική ακτινοβολία ή ακτινοβολία με του γραμμικούς επιταχυντές με την κλασσική εξωτερική μέθοδο σε σύντομο στοχευμένο σχήμα

Η μέθοδος θεωρείται αποτελεσματική γιατί έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότερες υποτροπές συμβαίνουν στην ίδια κοίτη του όγκου.

Μικρής διάρκειας ακτινοβολία (υποκλασματοποιημένη). Για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο, η μικρότερης διάρκειας θεραπεία με ακτινοβολία σε υψηλότερες δόσεις μπορεί να είναι λιγότερο τοξική και να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η συντομότερη ακτινοθεραπεία του μαστού με υψηλότερες δόσεις παρήγαγε λιγότερο τοξικά αποτελέσματα από τις μεγαλύτερες δόσεις

Στις ΗΠΑ η συμβατική κλασματοποιημένη ακτινοβολήση ολόκληρου του μαστού (CF-WBI) είναι ο πιο κοινός τύπος ακτινοθεραπείας που χορηγείται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και περιλαμβάνει μικρότερες δόσεις ακτινοβολίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (30 συνεδρίες Ημερήσια δόση 2Gy)

Μια άλλη θεραπευτική επιλογή για τις ασθενείς είναι η χορήγηση υψηλότερων δόσεων ακτινοβολίας για μικρότερα χρονικά διαστήματα γνωστή και ως υποκλασματοποιημένη ακτινοβολήση ολόκληρου του μαστού (HF - WBI)

Υπάρχουν διάφορα σχήματα υποκλασματοποιημένης ακτινοθεραπείας μαστού 19 συνεδρίες (16 x 2.66Gy + 3 x 3Gy) και 8 συνεδρίες (5 x 5.6 Gy + 3 x 3Gy)



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ion | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ

8η AJCC σταδιοποίηση του καρκίνου μαστού και ορολογία της ιστολογικής απάντησης

Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020

Ώρα 10.30-11.00

Προεδρείο : Παυλάκη Αικατερίνη - Κεραμόπουλλος Αντώνιος

ΝΟΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Από την ίδρυσή της, το 1977, η Αμερικάνικη Ένωση για τον Καρκίνο (American Joint Committee on Cancer – AJCC) δημοσίευσε το σύστημα σταδιοποίησης των όγκων TNM, που βασίζεται στα ανατομικά στοιχεία: μέγεθος όγκου (T), λεμφαδενική κατάσταση (N) και μετάσταση (M).

Στην τελευταία, 8η έκδοση της AJCC, σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού [AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition – The American College of Surgeons (ACS) 2017, M.B. Amin et al. (eds.), DOI 10.1007/978-3-319-40618-3_48], εκτός των κλασσικών ανατομικών στοιχείων, ενσωματώνονται οι βιολογικοί παράγοντες (βιοδείκτες). Οι βιοδείκτες, και κυρίως οι ορμονικοί υποδοχείς και το HER2, παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία και πρόγνωση των ασθενών, τροποποιώντας τη σταδιοποίηση της νόσου.

Ειδικότερα, εισάγονται τρία συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού, το ανατομικό, το κλινικό προγνωστικό και παθολογοανατομικό προγνωστικό στάδιο. Επιπλέον, διαφοροποιούνται ή/και διασαφηνίζονται επιμέρους στοιχεία ταυτοποίησης του μεγέθους του πρωτοπαθούς όγκου του μαστού, αλλά και της μεταστατικής διήθησης στους επιχώριους λεμφαδένες, ενώ ορίζεται η απομακρυσμένη μετάσταση σε κλινικό και παθολογοανατομικό επίπεδο.

Επίσης, καθορίζεται η σταδιοποίηση της νόσου, ως προς το μέγεθος (T) και τη λεμφαδενική κατάσταση (N), μετά από προεγχειρητική (neoadjuvant) θεραπεία, ορίζοντας την πλήρη και μερική παθολογοανατομική απάντηση στη θεραπεία.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον ιστολογικό βαθμό κακοήθειας (grade) του καρκινώματος, καθώς και στο πυρηνικό grade του μη διηθητικού (in situ) καρκινώματος.

Και βέβαια, επισημαίνεται η σημασία των βιοδεικτών [ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) και HER2] τόσο σε προγνωστικό όσο και σε προβλεπτικό / θεραπευτικό επίπεδο, με ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο των πολυγονιδιακών αναλύσεων, όπως το Oncotype Dx®, το Breast Cancer Index, το Endo-Predict®, το MammaPrint® και το PAM50®, όταν αυτά είναι διαθέσιμα.

Τα περισσότερα από τα παραπάνω στοιχεία, ενσωματώνονται στην ιστολογική έκθεση, προσφέρουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την πρόγνωση και την ενδεικνυόμενη / εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙαΣΣ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΣ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10
Αποκατάσταση Μαστού
Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020
Ωρα 11.30-12.15**

Προεδρείο: Βενιζέλος Βασιλείος- Γροσομανίδης Δημήτριος-Αναστασάκου Κορνηλία

ΑΠΩΤΕΡΗ

ΓΡΑΒΒΑΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ , MD, PhD, FEBOPRAS
Διευθυντής Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Θεραπευτήριο Metropolitan

Η άμεση αποκατάσταση μαστού μετά μαστεκτομή δίνει ένα καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, παρά ταύτα ογκολογικοί λόγοι και η αναγκαιότητα για μετεγχειρητική ακτινοβολία βάζουν την ένδειξη για απώτερη αποκατάσταση.

Τα περιστατικά που καλείται να αποκαταστήσει ο πλαστικός χειρουργός σε 2ο χρόνο είναι:

Ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς ακτινοβολία

Απώτερη άμεση αποκατάσταση με την προσωρινή τοποθέτηση διατατήρα ιστών έως ότου ολοκληρωθεί η συμπληρωματική θεραπεία της ασθενούς,

Τριτογενής αποκατάσταση μετά από προηγηθείσες αποτυχημένες προσπάθειες.

Η αξιολόγηση των ανατομικών χαρακτηριστικών: αποτύπωμα, δερματικός φάκελος και κώνος του μαστού θα οδηγήσουν τον πλαστικό χειρουργό στην απόφαση για αποκατάσταση με ενθέματα ή αυτόλογους ιστούς. Τρισδιάστατη απεικόνιση και εκτυπωμένα μοντέλα ευοδώνουν την απόφαση και το τελικό αποτέλεσμα. Στις ριζικές μαστεκτομές η μικροχειρουργική αποκατάσταση είναι η μέθοδος εκλογής, με πρώτη επιλογή τον ελεύθερο κρημνό DIEP και δεύτερη τον ελεύθερο κρημνό PAP. Παρόμοια, στις απώτερες άμεσες αποκαταστάσεις που έχουν ακτινοβοληθεί, η μικροχειρουργική εξασφαλίζει μακροχρόνια καλό αποτέλεσμα. Περιστατικά που δεν έχουν ακτινοβοληθεί και πολύ περισσότερο σε εκείνα που έχει διατηρηθεί το σύμπλεγμα θηλής/άλω η προθωρακική αποκατάσταση με την χρήση ενθεμάτων και βιολογικών πλεγμάτων αποτελεί μια υποσχόμενη μέθοδο. Αναδρομική μελέτη των περιστατικών μας κατέδειξε ότι η απώτερη αυτόλογη αποκατάσταση συνοδεύεται από στατιστικά σημαντικά μικρότερο ποσοστό επιπλοκών και μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών συγκρινόμενη με την αποκατάσταση με ενθέματα. Στην τριτογενή αποκατάσταση έχουν θέση μόνο οι αυτόλογοι ιστοί εξασφαλίζοντας υψηλό αίσθημα ικανοποίησης και αισθητικό αποτέλεσμα. Η λιπομεταφορά είναι ένα σημαντικό όπλο στα χέρια του πλαστικού χειρουργού για να βελτιώσει το περίγραμμα και τον όγκο του μαστού σε ένα τελικό στάδιο.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

ΜΠΑΛΑΦΟΥΤΑ ΜΥΡΣΙΝΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Κλινικής
ΙΑΣΩ, Αθήνα

Ο όρος «Αποκατάσταση» μαστού (breast reconstruction) περιλαμβάνει το σύνολο των επεμβάσεων που αφορούν στην ανάπλαση του μαστού μετά από μαστεκτομή λόγω νεοπλασματος. Οι χειρουργικοί χειρισμοί για την αποκατάσταση, περιλαμβάνουν: ανάπλαση του μεγέθους του αφαιρεθέντος μαστού, αποκατάσταση της θηλής -θηλαίας άλω και ενίοτε απαιτείται επέμβαση στον ετερόπλευρο μαστό για λόγους συμμετρίας. Η άμεση ή απώτερη αποκατάσταση, αυτόλογη ή ετερόλογη είναι συχνά ένα δίλημμα των χειρουργών όταν απαιτείται να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας είναι σαφή: Η ΑΚΘ αυξάνει το ποσοστό επιπλοκών της αποκατάστασης. (Chetta et al, 2016; 2 e.g, Sbitany et al, 2014). Είναι γνωστό πως η ΑΚΘ του θωρακικού τοιχώματος σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο, αυξάνει τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την επιβίωση των ασθενών. Οι επιπλοκές της ΑΚΘ μετά από άμεση αποκατάσταση είναι κυρίως : φλεγμονή-λοίμωξη (κυτταρίτιδα), δημιουργία αιματώματος, διάταση και νέκρωση του ιστού, δημιουργία κάψας και πλήρη αποτυχία της αποκατάστασης. Αυτό οδηγεί σε πτωχό αισθητικό αποτέλεσμα, υψηλό ποσοστό επανεπέμβασης και άρα ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών. Η βιβλιογραφία «δείχνει» μια υπεροχή ως προς την μείωση των επιπλοκών σε χρήση διατατήρα (Temporary tissue expanders optimize radiotherapy after mastectomy. Publish date: July 11, 2017 By M. Alexander Otto MDedge News. ACS Surgery News). Δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες και βλέπουμε διακύμανση αποτελεσμάτων ανάλογα με την εμπειρία των κέντρων. Η ΑΚΘ αυξάνει τα ποσοστά των επιπλοκών σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή με αποκατάσταση. Οι επιπλοκές και το ποσοστό αποτυχίας είναι υψηλότερα σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΑΚΘ με εμφυτεύματα σε σχέση με την αυτόλογη αποκατάσταση. Οι νέες τεχνικές πλαστικής χειρουργικής καθώς και της ΑΚΘ με IMRT-Vmat, Breath-hold, συμβάλλουν στο να επιτευχθεί ένα ασφαλές ογκολογικό αποτέλεσμα για την ασθενή παράλληλα με το επιθυμητό αισθητικό.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 11

Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

Απεικόνιση στον φλεγμονώδη καρκίνο

Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020

Ώρα 12.15-13.00

Προεδρείο : Καρυδά Ειρήνη – Χατζόπουλος Κωνσταντίνος

INFLAMMATORY BREAST CANCER TREATMENT

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος –Ογκολόγος, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής –Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ-METROPOLITAN GENERAL, Αθήνα

Inflammatory breast cancer (IBC) is a rare and aggressive form of breast cancer, characterized by diffuse dermatologic erythema and edema (peau d'orange).

It accounts for 0.5 to 2 percent of invasive breast cancers diagnosed in the United States, but may be higher elsewhere [1,2]. As compared with locally advanced breast cancer, IBC is diagnosed at an earlier age (a median of 59 versus 66 years of age) [2]. The incidence of IBC is higher in black Americans compared with whites, and black women are diagnosed at a younger age [1,2]. Data on risk factors are limited and inconclusive [1].

Patients with inflammatory breast cancer (IBC) typically present with breast pain or a rapidly growing, self-diagnosed breast lump [3]. They may also report a tender, firm, or enlarged breast, or itching of the breast. On presentation, almost all women with IBC have lymph node involvement, and approximately one-third have distant metastases [4,6].

IBC is designated as T4d in the American Joint Committee on Cancer (AJCC) Tumor, Node, Metastasis (TNM) staging system [7].

Criteria must be met for diagnosis of IBC [8]:

- Rapid onset of breast erythema, edema and/or peau d'orange, and/or warm breast, with or without an underlying palpable mass.
- Duration of history no more than six months.
- Erythema occupying at least one-third of the breast.
- Pathologic confirmation of invasive carcinoma.

Multimodality therapy is standard for non-metastatic disease and includes neoadjuvant chemotherapy followed by mastectomy and postmastectomy radiation.

Neoadjuvant therapy, we utilize an anthracycline- and taxane-based dose-dense chemotherapy regime. Additional therapies depend on tumor receptor status:

Patients with IBC and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) overexpression should receive HER2-directed therapy (trastuzumab with pertuzumab) with neoadjuvant chemotherapy, although we avoid giving trastuzumab and anthracycline concurrently given the risk for cardiotoxicity. Trastuzumab with or without pertuzumab should be continued postoperatively for a total of one year of treatment if Pathologic Complete Response (PCR) is achieved. Otherwise if we do not receive PCR, adjuvant therapy will be 14 cycles with kadcyla.

For women with hormone receptor-positive disease, endocrine therapy should be initiated after completion of neoadjuvant therapy and continued in the adjuvant setting.

For patients with non-metastatic disease for whom surgery is not feasible even after the completion of a course of neoadjuvant chemotherapy, further efforts are directed at downstaging the tumor such that surgery may be performed. While data in this setting are limited, our approach is to utilize single-agent chemotherapies such as carboplatin, vinorelbine, or capecitabine for



Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Στήριξη
Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



patients who are candidates for further chemotherapy. If patients are not candidates for further chemotherapy, or if the tumor continues to be chemoresistant after two or three lines of systemic treatment, we next utilize RT in attempts to decrease the extent of the disease. For patients whose tumor becomes resectable with these treatments, mastectomy and axillary node dissection should be pursued.

1. Hance KW, Anderson WF, Devesa SS, et al. Trends in inflammatory breast carcinoma incidence and survival: the surveillance, epidemiology, and end results program at the National Cancer Institute. J Natl Cancer Inst 2005; 97:966.
2. Anderson WF, Schairer C, Chen BE, et al. Epidemiology of inflammatory breast cancer (IBC). Breast Dis 2005-2006; 22:9.
3. Matro JM, Li T, Cristofanilli M, et al. Inflammatory breast cancer management in the national comprehensive cancer network: the disease, recurrence pattern, and outcome. Clin Breast Cancer 2015; 15:1.
4. Kleer CG, van Golen KL, Merajver SD. Molecular biology of breast cancer metastasis. Inflammatory breast cancer: clinical syndrome and molecular determinants. Breast Cancer Res 2000; 2:423.
5. Jaiyesimi IA, Buzdar AU, Hortobagyi G. Inflammatory breast cancer: a review. J Clin Oncol 1992; 10:1014.
6. Walshe JM, Swain SM. Clinical aspects of inflammatory breast cancer. Breast Dis 2005-2006; 22:35.
7. Breast. In: American Joint Committee on Cancer Staging Manual, Eighth edition, Amin, Mahul (Eds), 2017.
8. Dawood S, Merajver SD, Viens P, et al. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment. Ann Oncol 2011; 22:515.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστον | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ και της Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΝΤΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Χειρουργός Μαστού, Β' Κλινική Μαστού, ΙΑΣΩ Αθηνών

Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού αποτελεί μία ιδιαίτερη κατηγορία, δεδομένου ότι έχει αυξημένη επιθετικότητα, υψηλά ποσοστά υποτροπής και χαμηλά ποσοστά επιβίωσης.

Ο ρόλος του χειρουργού είναι καθοριστικός στην έκβαση των ασθενών αυτών, καθώς έχει την ευθύνη της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης, αναγνωρίζοντας κλινικώς τα σημεία του φλεγμονώδους καρκίνου και προσφέροντας στην ασθενή άμεσα την κατάλληλη θεραπεία. Η απ'ευθείας χειρουργική αντιμετώπιση έχει απορριφθεί πλέον, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η συνολική επιβίωση που προσφέρει σε αυτή την ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών είναι κατά μέσο όρο 20 μήνες. Η επιβεβλημένη θεραπευτική αντιμετώπιση, που έχει ανεβάσει την ολική επιβίωση στο 50%, είναι η τριάδα προεγχειρητική χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Αρχικά θα πρέπει να ληφθούν βιοψίες, τόσο από τον όγκο – αν υπάρχει – , όσο και από το δέρμα, ώστε να τεκμηριωθεί η διάγνωση του φλεγμονώδους καρκίνου και η ασθενής να ξεκινήσει προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Η χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να ακολουθεί την χημειοθεραπεία σε όλες τις ασθενείς που εμφανίζουν κλινικά και απεικονιστικά μερική ή ολική ανταπόκριση. Παρ'όλο που η διατήρηση του μαστού αποτελεί τη σωστή επιλογή για όλους τους άλλους τύπους καρκίνου, για τον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού η μοναδική επέμβαση που ενδείκνυται είναι η μαστεκτομή. Ομοίως, δεν προτείνεται βιοψία λεμφαδένος φρουρού, δεδομένης της υψηλής πιθανότητας διασποράς της νόσου στους λεμφαδένες και του υψηλού ποσοστού ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος.

Η πρόσβαση το συντομότερο δυνατό στην ενδεδειγμένη αντιμετώπιση έχει αυξήσει σημαντικά την επιβίωση και το ελεύθερο νόσου διάστημα των ασθενών με φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιαση | Επίκριση

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Αν. Διευθυντής Νοσοκομείο 401- Συνεργάτης Κλινικής ΙΑΣΩ, Αθήνα

Ο φλεγμονώδης καρκίνος μαστού(IBC) είναι μια ιδιαίτερα σπάνια(1% έως 6%) κακοήγη κλινική μορφή με επιθετική συμπεριφορά και κακή πρόγνωση. Την στιγμή της διάγνωσης είναι συνήθως ανεγχείρητος με το 70% των ασθενών να έχουν τοπικά εκτεταμένη νόσο (στάδιο IIIB – IIIC) , ενώ το 30% των ασθενών να έχουν μεταστατική νόσο (στάδιο IV). Η πενταετής επιβίωση των ασθενών αυτών είναι χαμηλότερη συγκρινόμενη με την επιβίωση ασθενών με τοπικά εκτεταμένο μη φλεγμονώδη καρκίνο. Η ακτινοθεραπεία έχει ρόλο στον τοπικό έλεγχο της νόσου σταδίου IIIB – IIIC μειώνοντας το κίνδυνο τοπικής υποτροπής, ενώ στην μεταστατική νόσο έχει ανακουφιστικό χαρακτήρα.

Η πλήρης ανταπόκριση στην προεγχειρητική χημειοθεραπεία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα, ακολουθούμενη πάντα από τοπικές θεραπείες (χειρουργείο και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία) με στόχο την μείωση κινδύνου τοπικής υποτροπής, με έμμεσο στόχο την βελτίωση και της ολικής επιβίωσης. Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην προεγχειρητική χημειοθεραπεία, απαιτείτε επιπλέον χημειοθεραπεία και /ή προεγχειρητική ακτινοθεραπεία με στόχο να καταστεί η νόσος χειρουργήσιμη. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει το θωρακικό τοίχωμα και τους λεμφαδένες (μασχαλιαίους υπερκλειδίους και έσω μαστικούς). Δεν υπάρχει συγκεκριμένη δόση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας για τον φλεγμονώδη καρκίνο μαστού. Συστήνεται οι ασθενείς να λαμβάνουν τουλάχιστον , συνολική δόση 60Gy (2Gy/Fx). Τα χειρότερα ποσοστά πενταετούς τοπικού ελέγχου της νόσου(LRC 65% -88%) σε σχέση με τον μη φλεγμονώδη τοπικά εκτεταμένο καρκίνο μαστού (LRC 95%- 97%) οδήγησαν σε σχήματα με επαύξηση δόσης και επιταχυνόμενη υπερκλασματοποίηση. Σε αναδρομικές μελέτες ορισμένων κέντρων, σχήματα επιταχυνόμενης υπερκλασματοποίησης με συνολική δόση 60- 66Gy (1,5Gy/Fx twice daily) έδειξαν καλύτερα ποσοστά τοπικού ελέγχου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (ηλικία <45 ετών , θετικά χειρουργικά όρια και με φτωχή ανταπόκριση στην προεγχειρητική χημειοθεραπεία).

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι , α) Οι απώτερες παρενέργειες στα high- dose group σε σχέση με τα standard dose group ήταν υψηλότερες (29% vs 15% αντίστοιχα). β) Το υψηλό μεταστατικό φορτίο της νόσου παρά τα υψηλά ποσοστά τοπικού ελέγχου στα high- dose group σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου, η ανάγκη νέων προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών φάσης III είναι απαραίτητη, για να καθοριστεί ο επακριβής ρόλος της ακτινοθεραπείας στην ιδιαίτερη κλινική οντότητα , που αποτελεί ο φλεγμονώδης καρκίνος μαστού.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιστορία | Επίκριση

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



ΔΙΑΛΕΞΗ

**ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ (AI) ΣΤΗΝ 2D ΨΗΦΙΑΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ 3D
ΨΗΦΙΑΚΗ ΤΟΜΟΣΥΝΘΕΣΗ**

Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020

Ώρα :13.00-13.30

Προεδρείο : Μαλακάσης Πέτρος- Κυριάκου Γρηγόρης

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, ΔΕΛΤΑ ΨΗΦΙΑΚΗ ,Αθήνα

Ο όρος Τεχνητή Νοημοσύνη (AI) σχετίζεται με εξελιγμένα υπολογιστικά συστήματα, που «σκέφτονται και αποφασίζουν» όπως ο ανθρώπινος εγκέφαλος. Ειδικά για τις ιατρικές απεικονίσεις τα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης εκπαιδεύονται με χιλιάδες φυσιολογικά και παθολογικά περιστατικά και προσπαθούν να προσεγγίσουν την διάγνωση του ιατρού Ακτινολόγου. Η Απεικόνιση του Μαστού αποτελεί από τις πρώτες εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης στην Ιατρική Απεικόνιση. Η ανάγκη αυτή προέκυψε επειδή οι απεικονιστικοί έλεγχοι του μαστού αφορούν εκατομμύρια εξετάσεις ετησίως σε όλο τον κόσμο , λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου μαστού και των εκτεταμένων προγραμμάτων μαστογραφικής υποκλινικής διάγνωσης. Άλλους λόγους αποτελούν οι δυσκολίες διάγνωσης της μαστογραφίας και της τομοσύνθεσης και ο μικρός αριθμός των Ακτινολόγων συγκριτικά με τις ανάγκες παγκοσμίως.

Συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης στην Μαστογραφία και στην Τομοσύνθεση εμφανίστηκαν στην Παγκόσμια αγορά το 2019 , είναι πολύ περιορισμένα σε αριθμό, ελάχιστα από αυτά έχουν πάρει πιστοποιήσεις από διεθνείς φορείς (FDA και CE) και η τιμή τους είναι υψηλή. Χρησιμοποιούν τεχνολογία AI Deep Learning, είναι εκπαιδευμένα με τουλάχιστον 10000 περιστατικά καρκίνου μαστού και 10000 φυσιολογικά περιστατικά. Είναι προγραμματισμένα να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν ογκόμορφες βλάβες, διαταραχές αρχιτεκτονικής και αποπιτανώσεις, με πολύ υψηλή αξιοπιστία. Λειτουργούν ως ένας επιπλέον γιατρός , έχοντας καλύτερες επιδόσεις ακόμη και από τους πλέον έμπειρους Ακτινολόγους. Εστιάζουν την προσοχή του ιατρού ακόμη και σε πολύ μικρές βλάβες και σε πυκνούς και δύσκολους μαστούς, που θα μπορούσαν να διαφύγουν και να καθυστερήσει η διάγνωση. Έχουν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Τα συστήματα περιγράφουν τις βλάβες και αξιολογούν την πιθανότητα ύπαρξης κακοήθειας, συγκρίνοντας την βλάβη με την βάση δεδομένων τους. Παρέχουν στον ιατρό ένα lesion score που αφορά την συγκεκριμένη βλάβη και ένα case score που αφορά την πιθανότητα κακοήθειας του περιστατικού συνυπολογίζοντας την πυκνότητα των μαστών και την πιθανή ύπαρξη και άλλων βλαβών. Λειτουργώντας συνεργατικά με τον γιατρό, ανεβάζουν την ευαισθησία και την ειδικότητα της ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ κατά 10% περίπου, επιτυγχάνοντας εξαιρετικά αποτελέσματα και προσφέρουν μια σημαντική οικονομία χρόνου στην χρονοβόρα διάγνωση της τομοσύνθεσης . Τα συστήματα εκπαιδεύονται συνεχώς με νέα περιστατικά και υφίστανται συνεχείς αναβαθμίσεις με στόχο την απόλυτη τελειότητα. Επεξεργάζονται ταχύτατα τα δεδομένα των εξετάσεων, παράλληλα με την αξιολόγηση της εξέτασης από τον ιατρό, μειώνοντας το χρόνο διάγνωσης , ελαχιστοποιώντας την κόπωση των γιατρών και εξοικονομώντας χρόνο προς όφελος της διαγνωστικής ακρίβειας και της ενασχόλησης με τις ασθενείς.

Περιγράφεται η εμπειρία με την χρήση ενός από τα υψηλότερων προδιαγραφών συστήματα Τεχνητής Νοημοσύνης στην 2D Μαστογραφία και 3D Τομοσύνθεση από τον Ιούνιο 2019, στο διαγνωστικό κέντρο ΔΕΛΤΑ ΨΗΦΙΑΚΗ στην Αθήνα , μία από τις πρώτες εγκαταστάσεις AI παγκοσμίως και γίνεται περιγραφή των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της και σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων κέντρων παγκοσμίως . Στην ομιλία θα γίνει επίδειξη ενδιαφερόντων περιστατικών με χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης με σύστημα PROFOUND 2D+3D iCAD σε εξετάσεις μαστογραφίας και τομοσύνθεσης που πραγματοποιήθηκαν από τον 6/2019- 10/2020.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισότητα | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 12
ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (Μέρος Α)
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020**

Ώρα 13.30-14.15

Προεδρείο : Παπαδημητρίου Χρήστος - Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

**ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ. ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΝΕΥΜΩΝ**

ΗΛΙΑΔΗΣ ΚΟΣΜΑΣ

**Θωρακοχειρουργός , Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής , Δ.Θ.Κ.Α Νοσοκομείο
ΥΓΕΙΑ**

Περίπου το 6% των ασθενών που διαγιγνώσκονται πρώτη φορά με καρκίνο του μαστού παρουσιάζεται με νόσο σταδίου IV. Ωστόσο, μονήρεις πνευμονικές μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού είναι σπάνιες και αντιπροσωπεύουν μόλις το 0.4%.

Και ενώ η εκτομή των πνευμονικών μεταστάσεων είναι συχνή θεραπεία για άλλες νόσους, για τον καρκίνο του μαστού, οι μεταστασεκτομές παραμένουν αμφισβητούμενες. Παρόλα αυτά, μελέτες αποδεικνύουν πως η θωρακοσκοπική μεταστασεκτομή σε επιβεβαιωμένες πνευμονικές μεταστάσεις, δύναται να είναι η θεραπεία εκλογής για επιλεγμένους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού και πνευμονικές μεταστάσεις στηρίζεται στη χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Συνεπώς, ο ιστός των πνευμονικών μεταστάσεων απαιτείται για να προσαρμοστεί η θεραπεία (έλεγχος υποδοχέων, έκφραση των Her2-neu). Επιπλέον, βιοψία και εκτομή μονήρους πνευμονικής βλάβης απαιτείται για να αποκλεισθεί με βεβαιότητα ο πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα.

Η θωρακοσκοπική χειρουργική μπορεί στην εποχή μας - σχεδόν ανώδυνα και με μικρό εγχειρητικό κίνδυνο - να είναι όχι μόνο ένα διαγνωστικό αλλά και θεραπευτικό εργαλείο. Συντελεί στην ταυτοποίηση του όγκου και την ανίχνευση των υποδοχέων που εκφράζει αλλά και τη θεραπευτική αφαίρεση των πνευμονικών όζων ολιγομεταστατικής νόσου αυξάνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης.



ΕΜΕΙΣ

Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ιατρική | Στήριξη

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΩ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 13
ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (Μέρος Β)
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
Κυριακή 8 Νοεμβρίου 2020
Ώρα 14.15-15.00**

Προεδρείο : Βερίγος Κοσμάς-Πετενέλη Έφη

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΤΡΙΧΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ, Αθήνα

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει ο πιο συνηθισμένος καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Η θνησιμότητα συνήθως οφείλεται σε συνέπειες της συστηματικής υποτροπής. Μία υποομάδα ασθενών σταδιοποιείται με περιορισμένη νόσο, μέχρι πέντε μεταστατικές εστίες, και ορίζεται ως «ολιγομεταστατικός» καρκίνος του μαστού.

Λόγω της περιορισμένης έκτασης της νόσου, ο ολιγομεταστατικός καρκίνος του μαστού (OMBC) είναι κατάλληλος για την εφαρμογή μη επεμβατικών μεθόδων υψηλής ακρίβειας, όπως η ακτινοθεραπεία.

Μέχρι πρόσφατα, τα περισσότερα δεδομένα αντλούνταν από αναδρομικές και προοπτικές μη τυχαιοποιημένες, κυρίως μελέτες. Λόγω της σημαντικής ετερογένειας των μελετών αυτών, ήταν δύσκολο να εξαχθούν κλινικά συμπεράσματα.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα από μια μεγάλη προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη φάσης II έχουν πλέον δημοσιευτεί, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ο D. Palma αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της Στερεοτακτικής Ακτινοθεραπείας (SABR) σε 99 ασθενείς με διάφορους καρκίνους, έως και 5 μεταστατικές εστίες. Η πλειονότητα των καρκίνων προερχόταν από μαστό, πνεύμονα και προστάτη. Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 25 μήνες. Η ολική επιβίωση, κύριο καταληκτικό σημείο της μελέτης, αυξήθηκε στατιστικώς σημαντικά από 28 μήνες στο σκέλος ελέγχου σε 41 μήνες στο σκέλος της SABR. Αν και αυτή η δοκιμή περιελάμβανε αρκετούς ιστολογικούς τύπους νεοπλασιών, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν ένας από τους πιο κοινούς.

Πειστικά δεδομένα σχετικά με το ρόλο της SABR, ειδικά για τον καρκίνο του μαστού, δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής. Αναμένουμε το 2022 τα αποτελέσματα της NRG-BR002 (τυχαιοποιημένη μελέτη φάσης II / III).



ΟΛΙΓΟΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΉ ΝΟΣΟΣ. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΪΑ ΠΡΊΝ Η ΜΕΤΑ?

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος –Ογκολόγος, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής –Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ-METROPOLITAN GENERAL, Αθήνα

Patients with metastatic breast cancer are unlikely to be cured of their disease by any means. Complete remissions from systemic chemotherapy are uncommon, and only a fraction of complete responders remain progression free for a prolonged period. The median survival for patients with stage IV breast cancer is 18 to 24 months, although the range extends from only a few months to many years [1-3].

Although systemic therapy is the mainstay of treatment for metastatic breast cancer, local management of the primary as well as metastasis-specific local treatment (ie, metastasectomy, radiofrequency ablation, cryotherapy, and radiation therapy) may palliate symptoms and prevent cancer-related complications. Some evidence suggests a potential for prolonging survival, although data are limited [4].

The primary role of local treatment to the breast in metastatic breast cancer is palliation. Patients with metastatic disease should be evaluated for possible local management of the primary if it may control local complications from the cancer (eg, bleeding, infection, or wound management). However, in general, for patients who are asymptomatic at the site of their primary, we do not offer local treatment given lack of clear evidence that it improves survival. While retrospective evidence suggests a possible benefit, prospective data have shown no overall survival (OS) benefit or only minimal survival benefit, and are limited by methodologic issues. As such, we typically do not offer surgery in such cases.

Deviations to this approach may be rarely made on a case-by-case basis in a multidisciplinary setting, although these instances are exceptional. For example, we have offered local management of the primary to patients with human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-positive disease who have a brisk and dramatic response to systemic therapy, or when systemic disease is well controlled with systemic therapy but the primary site is progressing. However, the decision to proceed with local management in a similar situation should take into account patient preferences and should be made in a multidisciplinary setting.

Patients who present with symptomatic metastases, eg, intractable pain, loss of function, or an oncologic emergency (eg, cord compression, mass effect due to brain metastases, pathologic fracture due to a bony metastasis), are appropriate candidates for urgent local intervention to relieve symptoms and preserve patient ability to function. The objective of this treatment is palliative to relieve symptoms and to stabilize the patient rather than to prolong survival outcomes.

Additionally, for patients with a first presentation of metastatic disease, biopsy of the metastatic site should be performed to confirm the diagnosis and reestablish receptor status.

For patients who lack symptomatic metastases, systemic therapy without surgical intervention is usually the most appropriate treatment. While retrospective data suggest a survival benefit for aggressive local therapy in patients with oligometastatic disease [4-7], selection bias may have played a role in these studies. Prospective data are not available.



In the absence of conclusive data, some experts use systemic treatment alone for asymptomatic patients; others adopt an individualized approach to the asymptomatic patient, offering local management to those with multiple good prognostic factors, although this is not considered standard of care at this time:

- Good performance status –The most important issues in choosing patients for local treatment of metastatic disease are the performance status and an estimation of the relative risks of a planned operation. Asymptomatic patients without imminent risk of significant organ dysfunction with an Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status of 2 or worse should not proceed with local management, as they are likely to have high rates of postoperative morbidity and mortality.

- Multivariable analysis of local treatment outcomes suggests that those patients with limited metastatic disease, ie, solitary or few detectable lesions (oligometastatic disease) and limited to a single organ, are more likely to benefit from local therapy than those with multiple metastases [4,5,6,8,9]. One exception is oligometastatic hepatic disease, as a few studies found that the presence or absence of extrahepatic disease (predominantly bone) did not affect long-term outcomes in patients undergoing hepatic resection [10-12].

Many of the studies that report successful surgery for metastatic disease, limited enrollment to patients with single-organ involvement.

- Long disease-free interval –A long disease-free interval (DFI), the period of time between the definitive treatment of the primary breast cancer and the development of distant oligometastasis, may portend an improved prognosis with local therapies [13-15]. The specific cutoff DFI that best discriminates between favorable and unfavorable outcomes is unclear, although an acceptable range is two to five years.

- High likelihood of complete resection - Careful preoperative evaluation is necessary to determine the likelihood that complete resection of the metastatic deposit is feasible. Positive margins are associated with worse outcomes in most but not all series [8, 16-19].

For patients with oligometastatic breast cancer undergoing local therapy, surgery, stereotactic body radiation therapy (SBRT), or both are primarily employed, though radiofrequency ablation (RFA, typically with surgery) is a one-time treatment that may be utilized as an alternative to SBRT for small hepatic tumors (<3 cm) that are not close to major vessels, biliary structures, or the diaphragm [20].

Brain — For most patients with brain metastases, a local approach such as resection, stereotactic radiosurgery (SRS), or whole-brain radiotherapy should be employed, often prior to or in conjunction with systemic therapy. When possible, SRS is used instead of whole-brain radiation to reduce toxicity.

Bone — Indications for local management of bone disease are fracture or impending fracture due to a metastasis, significant pain or decreased mobility of a joint, or spinal cord compression. In such cases, short-course palliative radiotherapy is commonly used. Pathologic fractures, pending fractures, or epidural spinal cord or nerve compression may require surgical intervention.

For asymptomatic patients without evidence of pending fracture, there is a limited role for resection as a means of extending survival. When metastatic breast cancer is confined to the



bones, the natural history is usually characterized by an indolent course and good response to systemic therapy [21-23].

Lung — While most lung metastases are asymptomatic and do not require local intervention, those that are symptomatic or pose urgent risks to pulmonary function may benefit from local treatments. For some patients, pulmonary resection may be diagnostic as well as palliative in breast cancer patients, since a significant number of solitary pulmonary nodules in patients with a history of breast cancer are not breast cancer metastases [18,24,25].

Some experts additionally offer local treatment to a select subset of asymptomatic patients with multiple good-risk features, including solitary metastases (which occur in 10 to 25 percent of patients with metastatic breast cancer [9,26]), a DFI greater than 36 months, and hormone receptor-positive disease [4,8]. Some experts prefer to avoid the morbidity and mortality associated with such procedures, particularly in the absence of randomized data.

Liver — Hepatic metastases occur in over half of patients with metastatic breast cancer. They are most commonly a late development, associated with disseminated disease and a poorer prognosis than bone or soft tissue metastases. Only 5 to 12 percent of patients have isolated liver involvement [27-29]. Indications for local management of liver metastases include pain, bleeding that is refractory to medical therapy, or biliary obstruction. Some experts also offer local resection in carefully selected, asymptomatic patients, although there are no prospective data comparing local therapy with the administration of systemic treatment. Appropriate candidates include those with isolated liver involvement (5 to 12 percent of patients with metastatic breast cancer [27-29]), particularly those with hormone-positive disease, who have normal liver function, good performances status, and have had a long DFI [4,10,30].

Ovaries — Although the ovaries are a rare site for metastases from breast cancer [31,32], limited data suggest ovarian breast cancer metastases can appear many years following the initial diagnosis of breast cancer [33-36]. Surgical evaluation of an adnexal mass may be required to discriminate metastatic breast cancer from a primary ovarian cancer. Furthermore, for the premenopausal women with hormone-positive breast cancer, oophorectomy can provide a therapeutic effect, regardless of whether metastatic disease to the ovaries is present or not.

Other indications for local management of ovarian metastases may include pain or bleeding that is refractory to medical therapy, although in practice this presentation is rare.

Data are limited in regards to local management of ovarian metastases from breast cancer. In one series of 147 patients with metastatic disease to the ovary (8 percent of whom had a breast primary), the median overall survival after ovarian metastasectomy was 41 months [37]. For the entire series, massive intraoperative ascites, multiple metastases, and locally invasive disease were independent factors for a poorer overall survival.

Lack of overall survival benefit with local management of the primary tumor in metastatic breast cancer (June 2020)

Previous trials have shown mixed results on whether local treatment of the primary tumor in metastatic breast cancer improves survival. In the ECOG-ACRIN 2108 trial, approximately 250 patients with stage IV breast cancer who had been on systemic therapy for several months without progression were randomly assigned to continued systemic therapy versus local therapy (surgery, with or without radiation), followed by systemic therapy [1]. The three-year overall



survival rate was 68 percent in both groups. Although local therapy reduced locoregional recurrence rates, quality of life outcomes were not improved. Given these and earlier results, we suggest systemic therapy without local management of the primary for most patients with metastatic breast cancer.

IN SUMMARY

Patients with metastatic breast cancer are unlikely to be cured of their disease by any means.

For the first presentation of metastatic disease, biopsy of the metastatic site should be performed to confirm the diagnosis and reestablish receptor status.

Patients who present with symptomatic metastases, eg, intractable pain, loss of organ function, or an oncologic emergency (eg, cord compression, mass effect due to brain metastases, pathologic fracture due to a bony metastasis), are appropriate candidates for urgent local intervention to relieve symptoms and preserve patient ability to function.

For asymptomatic patients, local management may be appropriate in select situations, for example, for the patient with an undiagnosed lung nodule or the patient with one or more brain metastases. Outside of these situations, some experts manage asymptomatic metastatic disease with systemic therapy only, while other experts may offer local management to select patients with multiple good-risk features, although this is not considered standard of care at this time.

1. [Lee CG, McCormick B, Mazumdar M, et al. Infiltrating breast carcinoma in patients age 30 years and younger: long term outcome for life, relapse, and second primary tumors. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1992; 23:969.](#)
2. [Vogel CL, Azevedo S, Hilsenbeck S, et al. Survival after first recurrence of breast cancer. The Miami experience. Cancer 1992; 70:129.](#)
3. [Leung AM, Vu HN, Nguyen KA, et al. Effects of surgical excision on survival of patients with stage IV breast cancer. J Surg Res 2010; 161:83.](#)
4. [Pagani O, Senkus E, Wood W, et al. International guidelines for management of metastatic breast cancer: can metastatic breast cancer be cured? J Natl Cancer Inst 2010; 102:456.](#)
5. [Fields RC, Jeffe DB, Trinkaus K, et al. Surgical resection of the primary tumor is associated with increased long-term survival in patients with stage IV breast cancer after controlling for site of metastasis. Ann Surg Oncol 2007; 14:3345.](#)
6. [Ly BH, Nguyen NP, Vinh-Hung V, et al. Loco-regional treatment in metastatic breast cancer patients: is there a survival benefit? Breast Cancer Res Treat 2010; 119:537.](#)
7. [Chua TC, Saxena A, Liauw W, et al. Hepatic resection for metastatic breast cancer: a systematic review. Eur J Cancer 2011; 47:2282.](#)
8. [Friedel G, Pastorino U, Ginsberg RJ, et al. Results of lung metastasectomy from breast cancer: prognostic criteria on the basis of 467 cases of the International Registry of Lung Metastases. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22:335.](#)
9. [Friedel G, Linder A, Toomes H. The significance of prognostic factors for the resection of pulmonary metastases of breast cancer. Thorac Cardiovasc Surg 1994; 42:71.](#)
10. [Pocard M, Pouillart P, Asselain B, et al. \[Hepatic resection for breast cancer metastases: results and prognosis \(65 cases\)\]. Ann Chir 2001; 126:413.](#)



11. Yoshimoto M, Tada T, Saito M, et al. Surgical treatment of hepatic metastases from breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 59:177.
12. Sofocleous CT, Nascimento RG, Gonen M, et al. Radiofrequency ablation in the management of liver metastases from breast cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 189:883.
13. Dawood S, Broglio K, Gonzalez-Angulo AM, et al. Trends in survival over the past two decades among white and black patients with newly diagnosed stage IV breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26:4891.
14. Gennari A, Conte P, Rosso R, et al. Survival of metastatic breast carcinoma patients over a 20-year period: a retrospective analysis based on individual patient data from six consecutive studies. *Cancer* 2005; 104:1742.
15. Miao H, Hartman M, Bhoo-Pathy N, et al. Predicting survival of de novo metastatic breast cancer in Asian women: systematic review and validation study. *PLoS One* 2014; 9:e93755.
16. Raab R, Nussbaum KT, Behrend M, Weimann A. Liver metastases of breast cancer: results of liver resection. *Anticancer Res* 1998; 18:2231.
17. Pastorino U, Buyse M, Friedel G, et al. Long-term results of lung metastasectomy: prognostic analyses based on 5206 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 113:37.
18. McDonald ML, Deschamps C, Ilstrup DM, et al. Pulmonary resection for metastatic breast cancer. *Ann Thorac Surg* 1994; 58:1599.
19. Ludwig C, Stoelben E, Hasse J. Disease-free survival after resection of lung metastases in patients with breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29:532.
20. Veltri A, Gazzera C, Barrera M, et al. Radiofrequency thermal ablation (RFA) of hepatic metastases (METS) from breast cancer (BC): an adjunctive tool in the multimodal treatment of advanced disease. *Radiol Med* 2014; 119:327.
21. Briasoulis E, Karavasilis V, Kostadima L, et al. Metastatic breast carcinoma confined to bone: portrait of a clinical entity. *Cancer* 2004; 101:1524.
22. Sherry MM, Greco FA, Johnson DH, Hainsworth JD. Metastatic breast cancer confined to the skeletal system. An indolent disease. *Am J Med* 1986; 81:381.
23. Coleman RE, Smith P, Rubens RD. Clinical course and prognostic factors following bone recurrence from breast cancer. *Br J Cancer* 1998; 77:336.
24. Cahan WG, Castro EB. Significance of a solitary lung shadow in patients with breast cancer. *Ann Surg* 1975; 181:137.
25. Casey JJ, Stempel BG, Scanlon EF, Fry WA. The solitary pulmonary nodule in the patient with breast cancer. *Surgery* 1984; 96:801.
26. Planchard D, Soria JC, Michiels S, et al. Uncertain benefit from surgery in patients with lung metastases from breast carcinoma. *Cancer* 2004; 100:28.
27. Hoe AL, Royle GT, Taylor I. Breast liver metastases--incidence, diagnosis and outcome. *J R Soc Med* 1991; 84:714.
28. Atalay G, Biganzoli L, Renard F, et al. Clinical outcome of breast cancer patients with liver metastases alone in the anthracycline-taxane era: a retrospective analysis of two prospective, randomised metastatic breast cancer trials. *Eur J Cancer* 2003; 39:2439.
29. Zinser JW, Hortobagyi GN, Buzdar AU, et al. Clinical course of breast cancer patients with liver metastases. *J Clin Oncol* 1987; 5:773.
30. Selzner M, Morse MA, Vredenburgh JJ, et al. Liver metastases from breast cancer: long-term survival after curative resection. *Surgery* 2000; 127:383.
31. Demopoulos RI, Touger L, Dubin N. Secondary ovarian carcinoma: a clinical and pathological evaluation. *Int J Gynecol Pathol* 1987; 6:166.



Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία | Ισπανία | Στήριξη
Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής
ΙΑΣΟ και της Κλινικής Μαστού ΙΑΣΟ

ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

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

**7-8
Νοεμβρίου
2020**



32. Alvarado-Cabrero I, Rodríguez-Gómez A, Castelan-Pedraza J, Valencia-Cedillo R. Metastatic ovarian tumors: a clinicopathologic study of 150 cases. Anal Quant Cytopathol Histpathol 2013; 35:241.
33. Quan ML, Fey J, Eitan R, et al. Role of laparoscopy in the evaluation of the adnexa in patients with stage IV breast cancer. Gynecol Oncol 2004; 92:327.
34. Abu-Rustum NR, Aghajanian CA, Venkatraman ES, et al. Metastatic breast carcinoma to the abdomen and pelvis. Gynecol Oncol 1997; 66:41.
35. Curtin JP, Barakat RR, Hoskins WJ. Ovarian disease in women with breast cancer. Obstet Gynecol 1994; 84:449.
36. Bigorie V, Morice P, Duvillard P, et al. Ovarian metastases from breast cancer: report of 29 cases. Cancer 2010; 116:799.
37. Li W, Wang H, Wang J, et al. Ovarian metastases resection from extragenital primary sites: outcome and prognostic factor analysis of 147 patients. BMC Cancer 2012; 12:278.