



2^η ΥΒΡΙΔΙΚΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ - ΟΜΙΛΙΩΝ**

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

**Σάββατο 18 Δεκεμβρίου
& Κυριακή 19 Δεκεμβρίου 2021**

Με την ευγενική υποστήριξη της Κλινικής ΙΑΣΩ

25
ΧΡΟΝΙΑ



ΙΑΣΩ

Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

Β' Κλινική Μαστού

Τόπος Διεξαγωγής: ΙΑΣΩ | Δωρεάν Συμμετοχή

PR.C.
Congress & Travel
...helping to distribute knowledge

Γραμματεία: PRC CONGRESS & TRAVEL

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



Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΗΘΟΣ ΣΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Στο Κέντρο Μαστού του ΙΑΣΩ είμαστε περήφανοι που έχουμε καταφέρει να είμαστε η μεγαλύτερη κλινική με εξειδίκευση στον μαστό, στην Ελλάδα. Γιατί αντιμετωπίζουμε κάθε γυναίκα με αγάπη, συνέπεια και σεβασμό. Το κορυφαίο μας ιατρικό προσωπικό είναι άμεσα δίπλα σας, για να σας προσφέρει άρτια πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση, κάθε στιγμή.

www.iaso.gr



Μέλος του Ομίλου



ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΙΑΣΩ

 **Arvekap® 3,75mg**
triptorelin

 **IPSEN**
Innovation for patient care



11 ARV 11.25/3,75-BΣΕΠ 2020

ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταμοξιφαίνη 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»

 **IPSEN**
Innovation for patient care

IPSEN ΜΕΠΕ
ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 63, 174 56 ΑΛΙΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210 9843324, 210 9858930, FAX: 210 9887911
E-mail: ipsenepe@ipsen.com, <http://www.ipsen.gr>
Τηλέφωνα Φαρμακοεπαγρύπνησης: 210 9843324, 210 9858930

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Anekap 3,75mg®. **1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Anekap 3,75 mg, κόκκς και διαλύτης για ενέσιμο εναυήριμα. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Τριπτορέλιν 3,75 mg ανά φιαλίδιο. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Κόκκς και διαλύτης για ενέσιμο εναυήριμα. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. 4.1 Θεραπευτικές Ενδείξεις - Καρκίνος του προστάτη.** Θεραπεία του τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού καρκίνου του προστάτη. Θεραπεία του υψηλού κινδύνου εντοπισμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία. **- Ενδομητρίωση.** Γεννητική και εξωγεννητική ενδομητρίωση. **- Ινομυώματα μήτρας.** Θεραπεία των ινομυωμάτων μήτρας. **- Γυναικεία στειρότητα.** Θεραπεία της συμπληρωματικής θεραπείας σε συνδυασμό με γοναδοτροφίνες (HMG, FSH, HCG) στη διαδικασία πρόκλησης ωορρηξίας εν όψει εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφοράς (IVFET). **- Καρκίνος του μαστού.** Ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταμοξifenή ή έναν αναστολέα αρωματάσης, σε γυναίκες με ενδοκρινικά ανταποκρινόμενο καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου με υψηλό κίνδυνο υποτροπής προεμμηνοπαυσιακές μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας (βλ. παράγραφους 4.3, 4.4, 4.8 και 5.1). **- Πρώιμη ήβη.** Προ της ηλικίας των 8 ετών στα κορίτσια και των 10 ετών στα αγόρια. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης.** Δοσολογία. - Καρκίνος του προστάτη. Μία ενδομυϊκή ένεση Anekap 3,75 mg βραδείας αποδέσμευσης πρέπει να χορηγείται κάθε 28 ημέρες. Διάρκεια της θεραπείας: βλ. παράγραφο 5.1. Ως συγχρηγόνηση από ακινοθεραπείας στον υψηλό κίνδυνο εντοπισμένο ή τοπικά προχωρημένο ορμονο-εξαρτώμενο καρκίνο του προστάτη, κλινικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η ακτινοθεραπεία, ακολουθούμενη από μακροχρόνια θεραπεία στέρσης ανδρογόνων είναι προτιμότερη από ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από βραχυχρόνια θεραπεία στέρσης των ανδρογόνων. βλ. παράγραφο 5.1. Η διάρκεια της θεραπείας στέρσης ανδρογόνων, η οποία συνιστάται από ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εντοπισμένου ή τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη που λαμβάνουν ακτινοθεραπεία, είναι 2-3 χρόνια. Σε ασθενείς με ανεκτικό στον ενυποχισμό μεταστατικό καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι δεν είναι χειρουργικά ενυποχισμένοι και λαμβάνουν αγωνιστή GnRH, όπως η τριπτορέλιν, και είναι επιλέξιμοι για θεραπεία με οξική αμπερατέρων, έναν αναστολέα της βιουάνθεσης των ανδρογόνων, ή με ενζυμολυτική, έναν αναστολέα της λειτουργίας του ανδρογονικού υποδοχέα, η θεραπεία με τον αγωνιστή GnRH θα πρέπει να συνεχιστεί. - Ενδομητρίωση - Ινομυώματα μήτρας. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει τις πρώτες πέντε ημέρες του κύκλου. Η συνιστώμενη δοσολογία είναι μία ενδομυϊκή ένεση Anekap 3,75 mg βραδείας αποδέσμευσης κάθε 28 ημέρες. Διάρκεια θεραπείας: Αυτή εξαρτάται από την αρχική βαρύτητα της ενδομητρίωσης και τις αλλαγές που παρατηρούνται στα κλινικά χαρακτηριστικά (εστιασμένα και ανατομικά) κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η μέγιστη διάρκεια της θεραπείας για καλοήθεις γυναικολογικές παθήσεις δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 6 μήνες, καθώς επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά δεδομένα για μεγαλύτερη περίοδο. Δεν πρέπει να χορηγείται δεύτερη σειρά θεραπείας με αυτό το φαρμακευτικό προϊόν ή άλλο ανάλογο γοναδορρηλίνης. **- Γυναικεία στειρότητα.** Μία ενδομυϊκή ένεση Anekap 3,75 mg χορηγείται την δεύτερη ημέρα του κύκλου. - Καρκίνος του μαστού. Μία ενδομυϊκή ένεση κάθε 4 εβδομάδες σε συνδυασμό με ταμοξifenή ή έναν αναστολέα αρωματάσης. Η θεραπεία με τριπτορέλιν πρέπει να αρχίζει μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας, εφόσον έχει επιβεβαιωθεί η προ-εμμηνοπαυσιακή κατάσταση (βλ. παράγραφο 4.4). Η θεραπεία με τριπτορέλιν πρέπει να αρχίζει τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Τουλάχιστον δύο ενέσεις τριπτορέλιν (ή ένα μεσοδιάστημα 4 εβδομάδων μεταξύ των ενέσεων) πρέπει να χορηγηθούν πριν την έναρξη της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με έναν αναστολέα αρωματάσης, η τριπτορέλιν δεν πρέπει να διακοπεί, ώστε να αποφευχθούν αυξήσεις των κυκλοφορούντων επιπέδων ιστρογόνων σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η συνιστώμενη διάρκεια θεραπείας για επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με άλλη ορμονοθεραπεία είναι έως 5 έτη. Δεδομένου ότι το Anekap 3,75 mg είναι ένα εναυήριμα μικροσωματίδιων, απρόσθετη ενδοαγγειακή ένεση πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά. - Πρώιμη ήβη (πριν τα 8 έτη στα κορίτσια και τα 10 έτη στα αγόρια). Η θεραπεία παιδιών με τριπτορέλιν πρέπει να βρίσκεται υπό την ολική επίτηρη παίδωνδοκορινολογική ή παιδιατρική ή ενδοκρινολογική με εμπειρία στη θεραπεία κεντρικής πρόωξης ήβης. ● Παιδιά με σωματικό βάρος άνω των 30 kg: μία ενδομυϊκή ένεση κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες). ● Παιδιά με σωματικό βάρος μεταξύ 20 και 30 kg: Τα δύο τρίτα της δόσης ενδομυϊκά, κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες), δηλαδή χορηγείται τα δύο τρίτα του όγκου του αναστατοδότης εναυήριματος. ● Παιδιά με σωματικό βάρος κάτω των 20 kg: Ημιαία δόση ενδομυϊκή, κάθε 4 εβδομάδες (28 ημέρες), δηλαδή χορηγείται το μισό όγκο του αναστατοδότης εναυήριματος. Είναι βασικό η ένεση να γίνεται αυστηρά σύμφωνα με τις οδηγίες. Μετά την ανασύσταση του εναυήριματος, η έγχυση πρέπει να γίνεται αμέσως με βαθιά ενδομυϊκή ένεση. Κάθε ελλιπής ένεση που οδηγεί στην απώλεια όγκου εναυήριματος μεγαλύτερου από τον όγκο που κατά κανόνα μένει στη σύριγγα, πρέπει να αναφέρεται στον θεράποντα ιατρό. **Τρόπος χορήγησης.** Για ενδομυϊκή ένεση. Για οδηγίες σχετικά με την ανασύσταση του φαρμακευτικού προϊόντος πριν από τη χορήγηση, βλ. παράγραφο 6.6. **4.3 Αντενδείξεις.** Υπερευαίσθησία στη GnRH, τα ανάλογά της ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του φαρμάκου (βλ. παράγραφο 4.8). Περίοδος κύησης και γαλουχίας. Πριν την έναρξη της αγωγής πρέπει να επιβεβαιώνεται ότι η ασθενής δεν είναι έγκυος. Σε περίπτωση προεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού: Η έναρξη θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης αντανδύνεται πριν την επίτευξη επαρκούς καταστολής των ωοθηκών με τριπτορέλιν (βλ. παράγραφους 4.2 και 4.4). **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση.** Η χρήση αγωνιστών GnRH μπορεί να προκαλέσει μείωση της οστικής πυκνότητας. Στους άνδρες, υπάρχουν δεδομένα ότι η χρήση ενός διαφωροφικού σε συνδυασμό με έναν αγωνιστή GnRH μπορεί να ελαττώνει την απώλεια οστικής πυκνότητας. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με επιρροδότες παραγόντες κινδύνου οστεοπόρωσης (π.χ. χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα που ελαττώνουν την οστική πυκνότητα, π.χ. αντιεπιληπτικά ή κορτικοειδή, ογκογενικό ιστορικό οστεοπόρωσης, υποισλαμίας). Πρέπει να επιβεβαιώνεται ότι ο ασθενής δεν είναι έγκυος πριν τη συνταγογράφηση της τριπτορέλιν. Σπάνια, η θεραπεία με αγωνιστές GnRH μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία προηγούμενης οδύνησας γοναδοτρόφου αδενώματος της υπόφυσης. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν υποφυσιακή αποπληξία ή οποία χαρακτηρίζεται από ξαφνική κεφαλαλγία, έμετο, προβλήματα όρασης και ορθοπαιδικά. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης (η οποία μπορεί να είναι σοβαρή) σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με GnRH ανάλογα, όπως η τριπτορέλιν. Εάν εμφανιστούν συμπτώματα οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν δεόντως και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Ασθενείς με διαγνωσμένη κατάθλιψη πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ρύθμιση της αντιυπερτασικής θεραπείας μπορεί να απαιτείται σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν τέτοια αγωγή. Απαιτείται προσοχή με την ενδομυϊκή ένεση σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με αντιπηκτικά, λόγω του πιθανού κινδύνου αιματωμάτων στο σημείο της ένεσης. - Καρκίνος του προστάτη. Αρχικά, η τριπτορέλιν, όπως και άλλοι αγωνιστές GnRH, προκαλεί μία παροδική αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στον ορό. Ως συνέπεια, κατά τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, μπορεί να εμφανιστούν περυσιακά μεμονωμένες περιπτώσεις παροδικής επιδείνωσης των συμπτωμάτων του καρκίνου του προστάτη. Κατά την αρχική φάση της θεραπείας, πρέπει να εξεταστεί η πρόσθετη χορήγηση ενός κατάλληλου αντι-ανδρογόνου, ώστε να αντισταθμιστεί η αρχική αύξηση των επιπέδων τεστοστερόνης στον ορό και η επιδείνωση των κλινικών συμπτωμάτων. Μικρός αριθμός ασθενών μπορεί να παρουσιάσει παροδική επιδείνωση των συμπτωμάτων του καρκίνου του προστάτη και προσωρινή αύξηση του πόνου που σχετίζεται με τον καρκίνο του προστάτη (μεταστατικό πόνο), ο οποίος μπορεί να αντιμετωπιστεί συμπτωματικά. Όπως και με άλλους αγωνιστές GnRH, έχουν παρατηρηθεί μεμονωμένες περιπτώσεις συμπίεσης του νωτιαίου μυελού ή αποπληξίας της ουρήθρας. Αν εμφανιστεί συμπίεση νωτιαίου μυελού ή έκπωση της νεφρικής λειτουργίας, πρέπει να χορηγηθεί η συνήθης θεραπεία για αυτές τις επιπλοκές και σε ακραίες περιπτώσεις να εξεταστεί η περίπτωση άμεσης ορχεκτομής (χειρουργικός ενυποχισμός). Κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων θεραπείας ενδείκνυται προσεκτική παρακολούθηση, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σποδυλική μεταστάση και σε ασθενείς με απόφραξη των ουροφόρων οδών. Μετά από χειρουργικό ενυποχισμό η τριπτορέλιν δεν επάγει περαιτέρω μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης στον ορό. Η μακροχρόνια στέρση ανδρογόνων είτε λόγω αμφοτέρων ορχεκτομής ή λόγω χορήγησης αναλόγων GnRH σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας οστικής μάζας και μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση και αυξημένο κίνδυνο οστικού κατάγματος. Επιπλέον, από επιδημιολογικά δεδομένα έχει προκύψει ότι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν αλλαγές στο μεταβολισμό (π.χ. διασυνέπια στη γλυκόζη) ή αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων κατά τη διάρκεια θεραπείας με στέρση ανδρογόνων. Ωστόσο, πρόσφατα στοιχεία δεν επιβεβαιώνουν τη σύνδεση ανάμεσα στη θεραπεία με ανάλογα GnRH και στην αύξηση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Ασθενείς με υψηλό κίνδυνο μεταβολικών ή καρδιαγγειακών παθήσεων πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά πριν την έναρξη της θεραπείας και να παρακολουθούνται επαρκώς κατά τη διάρκεια θεραπείας στέρσης ανδρογόνων. Η χορήγηση τριπτορέλιν σε θεραπευτικές δόσεις έχει ως αποτέλεσμα την καταστολή του υποφυσιακού γοναδοστικού άξονα. Η φυσιολογική λειτουργία συνήθως αποκαθίσταται με τη διακοπή της θεραπείας. Επομένως, διαγνωστικοί έλεγχοι της υποφυσιακής γοναδιακής λειτουργίας, οι οποίοι διεξάγονται κατά τη διάρκεια ή και μετά τη διακοπή της θεραπείας με ανάλογα GnRH μπορεί να είναι παραπλανητικοί. Η θεραπεία στέρσης ανδρογόνων μπορεί να παρεισφύρει το διάστημα QT. Σε ασθενείς με ιστορικό ή με παράγοντες κινδύνου για παράταση του διαστήματος QT και σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν ταυτόχρονη θεραπεία με φαρμακευτικά προϊόντα τα οποία μπορεί να παρεισφύρουν το διάστημα QT (βλ. παράγραφο 4.5) οι γιατροί πρέπει να εξετάζουν το προφίλ ορδού/κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη επίσης και το ενδεχόμενο εμφάνισης κοιλιακής ταχυκαρδίας δίχνη ριπιδίου (Torsades de pointes) πριν την έναρξη της θεραπείας με Anekap 3,75 mg. **Γυναίκες.** Η χρήση GnRH αγωνιστών είναι πιθανό να προκαλέσει μείωση της οστικής πυκνότητας κατά 1% ανά μήνα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου θεραπείας έξι μηνών. Κάθε μείωση της οστικής πυκνότητας κατά 10% συνδέεται με δύο έως τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η οστική απώλεια αποκαθίσταται στην πλειονότητα των γυναικών, μετά την διακοπή της θεραπείας. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα συγκεκριμένα στοιχεία για ασθενείς με ήδη υπάρχουσα οστεοπόρωση ή με παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση (π.χ. χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, μακροχρόνια θεραπεία με φάρμακα που ελαττώνουν την οστική πυκνότητα, π.χ. αντιεπιληπτικά ή κορτικοειδή, ογκογενικό ιστορικό οστεοπόρωσης, υποισλαμίας π.χ. νευρογενής ανορεξία). Δεδομένου ότι σε αυτούς τους ασθενείς η μείωση της οστικής πυκνότητας είναι πιθανό να είναι περισσότερο επιβλαβής, η θεραπεία με τριπτορέλιν θα πρέπει να εξετάζεται σε ατομική βάση και να ξεκινά μόνο εάν τα οφέλη της θεραπείας υπερτερούν των κινδύνων, μετά από πολύ προσεκτική αξιολόγηση. Θα πρέπει να εξετάζεται η λήψη προσθέντων μέτρων ώστε να αντισταθμιστεί η απώλεια οστικής πυκνότητας. **Ινομυώματα μήτρας και ενδομητρίωση.** Η τριπτορέλιν όταν χρησιμοποιείται στην συνιστώμενη δόση προκαλεί συνεχή υπογοναδοτροφική αμηνόρροια. Εάν μετά τον πρώτο μήνα παρατηρηθεί αιμορραγία γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να μετρηθούν τα επίπεδα της ισιασβιδόλης στο πλάσμα και αν τα επίπεδα είναι κάτω από 50 pg/mL, πρέπει να εξεταστούν πιθανές οργανικές βλάβες. Μετά την απόσυρση της θεραπείας, η λειτουργία των ωοθηκών επανέρχεται και ωορρηξία γίνεται περίπου 2 μήνες μετά την τελευταία ένεση. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία μη ορμονική μέθοδος αντισύλληψης κατά τη διάρκεια της θεραπείας έως και 1 μήνα μετά την τελευταία ένεση. Καθώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τριπτορέλιν η έμμηνος ρύση θα πρέπει να σταματά, πρέπει να δίδονται οδηγίες στην ασθενή ώστε να ενημερωθεί τον γιατρό της εάν συνεχίσει ή τακτική εμμηνορροία. Κατά τη διάρκεια θεραπείας των ινομυωμάτων της μήτρας συνιστάται ο τακτικός προσδιορισμός του μεγέθους των ινομυωμάτων. Έχουν υπάρξει αναφορές αιμορραγίας σε ασθενείς με υποβλεπόμενα ινομυώματα μετά από θεραπεία με ανάλογα GnRH. Σπάνια, η αιμορραγία έχει εμφανιστεί 6 - 10 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. **Γυναικεία στειρότητα.** Ο αριθμός ωοθυλακίων τα οποία ωριμάζουν μετά από τη χρήση των αναλόγων GnRH και γοναδοτροφινών, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αυξημένος σε μία μειοψηφία ασθενών με προδιάθεση, ειδικά στην περίπτωση του Συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών. Όπως και με άλλα ανάλογα GnRH έχουν αναφερθεί περιπτώσεις συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών (OHSS) που σχετίζονται με τη χρήση της τριπτορέλιν σε συνδυασμό με γοναδοτροφίνες. Καρκίνος του μαστού. Προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής καταστολή των ωοθηκών σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η θεραπεία με τριπτορέλιν πρέπει να χορηγείται για τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες πριν από την έναρξη ενός αναστολέα αρωματάσης, και μηνιαίες ενέσεις τριπτορέλιν πρέπει να χορηγούνται όπως έχει προγραμματιστεί και χωρίς διακοπή καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης. Σε γυναίκες οι οποίες είναι προεμμηνοπαυσιακές κατά τη διάρκεια του καρκίνου του μαστού και καθίστανται αμνηνοπαρικές μετά από χημειοθεραπεία μπορεί να συνεχιστεί ή όχι η παραγωγή ιστρογόνων από τις ωοθήκες. Ανεξάρτητα από την εμμηνορροϊκή κατάσταση, η προεμμηνοπαυσιακή κατάσταση θα πρέπει να επιβεβαιώνεται μετά από την χημειοθεραπεία και πριν από την έναρξη της τριπτορέλιν, μέσω των συγκεκριμένων της ισιασβιδόλης και της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) στο αίμα ενός των ορίων αναφοράς για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, προκειμένου να αποφευχθεί η περαιτέρω θεραπεία με τριπτορέλιν σε περίπτωση επαγόμενης από την χημειοθεραπεία εμμηνοπάουσης. Μετά την έναρξη της τριπτορέλιν, είναι σημαντικό να επιβεβαιωθεί η επαρκής καταστολή των ωοθηκών (εμμηνοπαυση που προκαλείται από ανάλογο γοναδοτροφίνης) με διαδοχικές μετρήσεις των κυκλοφορούντων επιπέδων FSH και ισιασβιδόλης για την επιβεβαίωση μιας πλήρους μετεμμηνοπαυσιακής κατάστασης, εάν αυτή η υποομάδα γυναικών είναι υποψήφια για θεραπεία με αναστολέα αρωματάσης σύμφωνα με τις ισχύουσες συστάσεις κλινικής πρακτικής. Σπάνια, η καταστολή των ωοθηκών πρέπει να επιβεβαιωθεί από τα χαμηλά επίπεδα FSH και ισιασβιδόλης πριν την έναρξη θεραπείας με αναστολέα αρωματάσης και οι μετρήσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε τρεις μήνες κατά τη διάρκεια αυτής της συνδυασμένης θεραπείας με τριπτορέλιν και αναστολέα αρωματάσης. Αυτό γίνεται για να αποφευχθεί η προκαλούμενη από τον αναστολέα αρωματάσης αντανδυντική αύξηση των κυκλοφορούντων ιστρογόνων, με επακόλουθες επιπτώσεις για τον καρκίνο του μαστού. Σημειώθηκε ότι τα κυκλοφορούντα επίπεδα FSH μειώνονται σε απόκριση στην επαγόμενη καταστολή των ωοθηκών με ανάλογο γοναδοτροφίνης (επαγόμενη εμμηνοπαυση), σε αντίθεση με τη φυσική εμμηνοπαυση όπου τα επίπεδα της FSH είναι αυξημένα. Η τριπτορέλιν όταν χρησιμοποιείται ως επικουρική θεραπεία σε συνδυασμό με ταμοξifenή ή έναν αναστολέα αρωματάσης, συνδέεται με υψηλό κίνδυνο οστεοπόρωσης. Η οστεοπόρωση έχει αναφερθεί με μεγαλύτερη συχνότητα, ειδικά από χρήση τριπτορέλιν σε συνδυασμό με έναν αναστολέα της αρωματάσης από ότι σε συνδυασμό με ταμοξifenή (39% έναντι 25%). Η οστική πυκνότητα πρέπει να αξιολογείται πριν την έναρξη της θεραπείας με τριπτορέλιν, ειδικά σε γυναίκες οι οποίες έχουν πολλούς παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση. Αυτές οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά και η θεραπεία ή η προφύλαξη για την οστεοπόρωση πρέπει να αρχίζει όπως αρμόζει. Θεραπεία προεμμηνοπαυσιακών γυναικών με ενδοκρινικά ανταποκρινόμενο καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου με τριπτορέλιν σε συνδυασμό με ταμοξifenή ή έναν αναστολέα αρωματάσης πρέπει να ακολουθεί μία εξασθενημένη προσεκτική εκτίμηση της αναλογίας κινδύνου/οφέλους. Οι ασθενείς οι οποίες έχουν διακοπεί τη θεραπεία με τριπτορέλιν πρέπει επίσης να διακόπτουν τους αναστολείς αρωματάσης εντός 1 μηνός από την τελευταία χορήγηση τριπτορέλιν (μηνιαίο σκεύασμα). Ο κίνδυνος μυοσκελετικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένου του αρθρικού ή μυοσκελετικού πόνου) όταν η τριπτορέλιν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό είτε με έναν αναστολέα αρωματάσης είτε με ταμοξifenή είναι περίπου 89% με αναστολέα αρωματάσης και περίπου 76% με ταμοξifenή. Η υπέρταση ως συσχέτιση ανεπιθύμητης ενέργειας αναφέρεται πολύ συχνά με την τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεστάνη ή ταμοξifenή (βλ. παράγραφο 4.8). Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες λαμβάνουν τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεστάνη ή ταμοξifenή θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ως προς τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και την αρτηριακή πίεση. Υπερλιπιδαιμία και διαβήτης αναφέρθηκαν συχνά ως συσχέτιση ανεπιθύμητης ενέργειας με την τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεστάνη ή ταμοξifenή (βλέπε παράγραφο 4.8). Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες λαμβάνουν τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεστάνη ή ταμοξifenή θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά ως προς τους παράγοντες κινδύνου για διαβήτη με τακτική μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος, και να ξεκινούν κατάλληλη αντι-διαβητική θεραπεία, εάν αρμόζει, σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Κατάβληση συνήθως πρέπει του 50% των ασθενών οι οποίες έλαβαν θεραπεία με τριπτορέλιν σε συνδυασμό είτε με ταμοξifenή ή με εξεστάνη να είναι επιβεβαιωμένη από 5% των ασθενών είτε σε ασθενείς που λαμβάνουν ταμοξifenή (βλ. παράγραφο 3-4). Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά και αντιμετωπίζονται κατάλληλα εάν εμφανίζονται συμπτώματα. Οι ασθενείς με γνωστή κατάθλιψη ή γνωστό ιστορικό κατάθλιψης πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις συνταγογραφικές πληροφορίες των εξεστάνη και ταμοξifenή για σχετικές πληροφορίες ασφαλείας όταν χορηγούνται σε συνδυασμό με τριπτορέλιν. Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει παροδική αμηνόρροια ή μόνιμη απώλεια ωοθηκικής λειτουργίας λόγω κυταροτοξικής βλάβης του ιστού των ωοθίων. Η διατήρηση μιας προ-εμμηνορροϊκής κατάστασης μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρέπει να επιβεβαιώνεται σύμφωνα με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες με συγκεκριμένες των επιπέδων FSH και ισιασβιδόλης εντός των φυσιολογικών ορίων για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πρώιμη ήβη. Η θεραπεία παιδιών με εξασθενημένους εξωκρινικούς όγκους θα πρέπει να ακολουθεί μία προσεκτική ατομική εκτίμηση της αναλογίας κινδύνου/οφέλους. Στα κορίτσια, η αρχική διέγερση των ωοθηκών κατά την έναρξη της θεραπείας, ακολουθούμενη από την απόσυρση των ιστρογόνων την οποία επάγει η θεραπεία, μπορεί κατά τον πρώτο μήνα να οδηγήσει σε κοιλτική αιμορραγία ήπιας ή μέτριας έντασης. Μετά τη διακοπή της θεραπείας θα εμφανιστεί ανάπτυξη των χαρακτηριστικών της εφηβείας. Οι πληροφορίες στον παρόντα μελλοντική γονιμοποίηση εξακολουθούν να είναι περιορισμένες. Στα περισσότερα κορίτσια, η τακτική έμμηνος ρύση θα ξεκινήσει κατά μέσο όρο ένα χρόνο μετά τον τερματισμό της θεραπείας. Ψευδο-πρώιμη ήβη (όγκοι γονάδων ή επινεφριδίων ή υπερπλασία επινεφριδίων) και πρώιμη ήβη που δεν εξαρτάται από γοναδοτροφίνες (τεστοστερόνη, ογκογενική υπερπλασία των κυττάρων Leydig) θα πρέπει να αποκλείεται. Η οστική πυκνότητα (BMD) μπορεί να μειωθεί κατά τη διάρκεια της κεντρικής πρόωξης ήβης με GnRH. Ωστόσο, μετά τη διακοπή της θεραπείας, η επακόλουθη αύξηση της οστικής μάζας διατηρείται και η μέγιστη οστική μάζα στα τέλη της εφηβείας δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη θεραπεία. Μπορεί να παρατηρηθεί επιπλοκή οστεοποίησης μετά την απόσυρση της θεραπείας με GnRH. Η προτεινόμενη θεωρία είναι ότι οι οργάνες συγκεντρώσεις ιστρογόνων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αγωνιστές GnRH εξασθενούν την επιφυσιακή πλάκα. Η αύξηση της ταχύτητας ανάπτυξης μετά τη διακοπή της θεραπείας οδηγεί στη συνέχεια σε μείωση της δύναμης διάτρησης που απαιτείται για τη μετατόπιση της επιφύσεως. Το φάρμακο αυτό περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, είναι αυτό που ονομάζουμε «ελεύθερο νατρίου». **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες**

Εμπειρία από τις κλινικές μελέτες. Γενική αγωγή σε άνδρες. Εφόσον οι ασθενείς που πάσχουν από τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό, ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο του προστάτη είναι γενικά ηλικιωμένοι και έχουν και άλλες νοσούν οι οποίες απαιτούν συχνά σε αυτό τον νηριασμένο πληθυσμό, περισσότεροι από το 90% των ασθενών οι οποίοι συμπεριλήφθηκαν σε κλινικές μελέτες ανέφεραν ανεπιθύμητες ενέργειες και συχνά η συσχέτιση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Όπως έχει παρατηρηθεί και με άλλες θεραπεΐες με αγωνιστές GnRH ή μετά από χειρουργικό ενουνοχισμό, οι συχνότερα παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με τη θεραπεία με τριπτορέλιν οφειλόταν στις αναμενόμενες φαρμακολογικές της επιδράσεις. Αυτές οι ενέργειες περιελάμβαναν εξάψεις και μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Με την εξαίρεση των ανσο-αλλεργικών αντιδράσεων (σπάνιες) και των αντιδράσεων στο σημείο της ένεσης (< 5%), όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι γνωστό ότι σχετίζονται με τις αλλαγές στην τεστοστερόνη. Αναφέρθηκαν οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες θεωρούνται τουλάχιστον πιθανά σχετιζόμενες με τη θεραπεία με τριπτορέλιν. Οι περισσότερες από αυτές τις αντιδράσεις είναι γνωστό ότι σχετίζονται με το βιοχημικό ή χειρουργικό ενουνοχισμό, οι οποίοι παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με τη θεραπεία με τριπτορέλιν (< 1/100, < 1/10), *Μη γνωστή συχνότητα (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα).* **Διαταραχές του αμοιοποιητικού και του λεμφικού συστήματος. Μη Συχνές:** Θρομβοκυττάρωση. **Καρδιακές διαταραχές. Μη Συχνές:** Αίσθημα παλμών. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Παράταση διαστήματος QT* (βλ. παραγράφους 4.4 και 4.5). **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου. Μη Συχνές:** Εμβόλη, ίλιγος. **Οφθαλμικές διαταραχές. Μη Συχνές:** Εμπρεασμένη όραση. **Σπάνιες:** Μη φυσιολογική αίσθηση οφθαλμών, Διαταραχές όρασης. **Διαταραχές του γαστρεντερικού. Συχνές:** Ήπριοση, Ναυτία. **Μη Συχνές:** Κοιλιακό άλγος, Δυσκολιότητα, Διάρροια, Έμετος. **Σπάνιες:** Διάταση κοιλιάς, Αλλοίωση γεύσης, Μετεωρισμός. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης. Πολύ Συχνές:** Εξασθένιση. **Συχνές:** Αντίδραση στο σημείο της ένεσης (περιλαμβάνονται ερυθρήμα, φλεγμονή και πόνος), Οίδημα. **Μη Συχνές:** Λήθαργος. Περιφερικό οίδημα, Πόνος, Ρίγη, Υψηλότητα. **Σπάνιες:** Πόνος στο στήθος, Διαταραχές σπλάχνων, Γριπώδης αναδρομή, Πυρεξία. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Κακουχία. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Συχνές:** Υπερευαισθησία. **Σπάνιες:** Αναφυλακτική αντίδραση. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αναφυλακτικό σοκ. **Λοιμώξεις και παρασιτώσεις. Σπάνιες:** Ρινοφαρυγγίτιδα. **Παρακλινικές εξετάσεις. Συχνές:** Βάρος αυξημένο. **Μη Συχνές:** Αμινοτρανσφεράση της αλανίνης αυξημένη, Αστατική αμινοτρανσφεράση αυξημένη, Κρεατινίνη αίματος αυξημένη, Αρτηριακή πίεση αυξημένη, Ουρία αίματος αυξημένη, Γάμμα-γλουταμυλτρανσφεράση αυξημένη, Βάρος μειωμένο. **Σπάνιες:** Αλκαλική φωσφατάση αίματος αυξημένη. **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης. Μη Συχνές:** Ανορεξία, Σαχαρώδης διαβήτης, Ουρική αρθρίτιδα, Υπερλιπιδαιμία, Αυξημένη όρεξη. **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού. Πολύ Συχνές:** Οσφυαλγία. **Συχνές:** Μυοσκελετικός πόνος, Πόνος στα άκρα. **Μη Συχνές:** Αρθραλγία, Οστικός πόνος, Μυϊκή κράμπα, Μυϊκή αδυναμία, Μυαλγία. **Σπάνιες:** Δυσκαμψία αρθρώσεων, Διόγκωση αρθρώσεων, Μυοσκελετική δυσκαμψία, Οστεοαρθρίτιδα. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος. Πολύ Συχνές:** Παιρασθησία κάτω άκρων. **Συχνές:** Ζάλη, Κεφαλαλγία. **Μη Συχνές:** Παιρασθησία. **Σπάνιες:** Εμπρεασμένη μνήμη. **Ψυχιατρικές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Σεξουαλική επιθυμία μειωμένη. **Συχνές:** Κατάθλιψη*, Απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας, Άλλαχες της διάθεσης*. **Μη Συχνές:** Απώλεια, Ευερεθιστότητα. **Σπάνιες:** Συγκοπή, Κατάσταση, Μειωμένη δραστηριότητα, Ευφορική διάθεση. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Άγχος. **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών. Μη Συχνές:** Νευκτορία, Κατακράτηση ούρων. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Ακράτεια ούρων. **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού. Πολύ Συχνές:** Στυτική δυσλειτουργία (περιλαμβάνονται αποτυχία εκσπερμάτισης διαταραχή εκσπερμάτισης). **Συχνές:** Πυελικός πόνος. **Μη Συχνές:** Γυναικομαστία, Πόνος στο στήθος, Ατροφία όρχεων, Πόνος στους όρχεις. **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου. Μη Συχνές:** Δυσπνοια, Επίσπλη. **Σπάνιες:** Ορθόπνοια. **Διαταραχές του δέρματος και του υποδορίου ιστού. Πολύ Συχνές:** Υπεριδρωσία. **Μη Συχνές:** Ακμή, Αλωπεκία, Ερυθρήμα, Κνίδωση, Αίσθημα Κνησμού, Εξάνθημα, Κνίδωση, Σπάνιες: Φυσαλλιδία, Πορφυρία. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αγγειονευρωτικό οίδημα. **Αγγειακές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Εξάψεις. **Συχνές:** Υπέρταση. **Σπάνιες:** Υπόταση. *Αυτή η συχνότητα βασίζεται σε συζητήσεις της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κανείς για όλους τους GnRH αγωνιστές.* Η τριπτορέλιν, μέσα στην πρώτη εβδομάδα μετά την αρχική ένεση της μορφής παρατεταμένης αποδέσμευσης, προκαλεί παροδική αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης στην κυκλοφορία. Με αυτή την αρχική αύξηση των επιπέδων τεστοστερόνης στην κυκλοφορία, ένα μικρό ποσοστό ασθενών (< 5%) μπορεί να εμφανίσει προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων του καρκίνου του προστάτη (έξαρση του όγκου), η οποία συνήθως εκδηλώνεται με αύξηση των συμπτωμάτων στο ουροποιητικό (< 2%) και του μεταστατικού πόνου (5%), τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν συμπτωματικά. Αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά και συνήθως εξαφανίζονται σε μία έως δύο εβδομάδες. Έχουν προκύψει μεμονωμένες περιπτώσεις όξυνσης συμπτωμάτων της ασθένειας, είτε απόδοξη ουρήθρας ή συμπίεση νωτιαίου μυελού λόγω μετάστασης. Επομένως, ασθενείς με μεταστατικές σπονδυλικές βλάβες και/ή απόφραξη των άνω ή κάτω ουροφόρων οδών θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας (βλ. παράγραφο 4.4). Η χρήση αγωνιστών GnRH στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη απώλεια στυτικής μιάρας και μπορεί να οδηγήσει σε σεξοαποχή και να αυχίσει τον κίνδυνο οστικού κατάγματος. Οι ασθενείς που λαμβάνουν μακροχρόνια θεραπεία με ανάλογο GnRH σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία μπορεί να έχουν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, κυρίως γαστρεντερικές και σχετιζόμενες με την ακτινοθεραπεία. Γενική αγωγή σε γυναίκες (βλ. παράγραφο 4.4). Ως συνέπεια των μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες (αναμενόμενες στο 10% των γυναικών ή παραπάνω) ήταν κεφαλαλγία, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, διαταραχή ύπνου, μεταβολή διάθεσης, δυσπαρευνία, δυσμηνόρροια, αμηνόρροια γεννητικών οργάνων, σύνδρομο υπερδριεγερσης ωοθηκών, υπερτροφία ωοθηκών, πυελικό άλγος, κοιλιακό άλγος, αιδοιοκολπική ξηρότητα, υπεριδρωσία, εξάψεις και εξασθένιση. Αναφέρθηκαν οι παρακάτω ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες θεωρούνται πιθανώς σχετιζόμενες με τη θεραπεία με τριπτορέλιν. Οι περισσότερες από αυτές τις ενέργειες είναι γνωστό ότι σχετίζονται με βιοχημικό ή χειρουργικό ενουνοχισμό. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται με βάση τη συχνότητα ως εξής: *Πολύ συχνές (≥ 1/10), Συχνές (≥ 1/10, < 1/10), Μη συχνές (≥ 1/100, < 1/100).* **Μη γνωστής συχνότητας (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα).** **Καρδιακές διαταραχές. Μη Συχνές:** Αίσθημα παλμών. **Διαταραχές του ωτός και του λαβυρινθίου. Μη Συχνές:** Ίλιγος. **Οφθαλμικές διαταραχές. Μη Συχνές:** Ήπριοση, Ναυτία. **Σπάνιες:** Δυσκολιότητα, Διάρροια. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης. Συχνές:** Αντίδραση στο σημείο της ένεσης (περιλαμβάνονται πόνος, οίδημα, ερυθρήμα και φλεγμονή), Περιφερικό οίδημα. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Πυρεξία, Κακουχία. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Συχνές:** Αντίδραση υπερευαισθησίας. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αναφυλακτικό σοκ. **Παρακλινικές εξετάσεις. Συχνές:** Αύξηση βάρους. **Μη Συχνές:** Μείωση βάρους. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αλκαλική φωσφατάση αίματος αυξημένη, Αρτηριακή πίεση αυξημένη. **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού. Συχνές:** Αρθραλγία, Μυϊκή απασαμία, Μυϊκή κράμπα, Μυαλγία. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Μυϊκή αδυναμία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος. Πολύ Συχνές:** Κεφαλαλγία. **Συχνές:** Ζάλη. **Μη συχνές:** Δυσανεμία, Υποαισθησία, Συγκοπή, Εμπρεασμένη μνήμη, Διαταραχή προσοχής, Παιρασθησία, Τρέμουλο. **Ψυχιατρικές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Διαταραχές ύπνου (περιλαμβάνεται απύπνια), Μεταβολή διάθεσης, Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. **Συχνές:** Κατάθλιψη*, Νευρικότητα. **Μη Συχνές:** Ευμεταβλητότητα συναίσθηματος, Άγχος, Κατάθλιψη**. **Αποπροσανατολισμός. Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Συγκυτική κατάσταση. **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού. Πολύ Συχνές:** Διαταραχή στους μαστούς, Δυσπαρευνία, Σύνδρομο υπερδριεγερσης ωοθηκών, Υπερτροφία ωοθηκών, Πυελικό άλγος, Αιδοιοκολπική ξηρότητα, Αμφορραγία γεννητικών οργάνων (περιλαμβάνονται κολπική αμφορραγία, αμφορραγία από απόσυρση). **Συχνές:** Πόνος μαστών. **Μη συχνές:** Αμφορραγία κατά τη σεξουαλική επαφή, Κυστικοκίλη, Διαταραχή εμμήνου ρυθμού (περιλαμβάνονται δυσμηνόρροια, μητρορραγία, και μητρορραγία), Διαβητική κύστη, Κολπική έκκριση. **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου. Μη Συχνές:** Δυσπνοια, Επίσπλη. **Διαταραχές του δέρματος και του υποδορίου ιστού. Πολύ Συχνές:** Ακμή, Υπεριδρωσία, Σμηγματόρροια. **Συχνές:** Αλωπεκία, Ψωροδερμία, Δυστριχομύς, Ευθραυστότητα ονύχων, Κνησμός, Εξάνθημα. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αγγειονευρωτικό οίδημα, Κνίδωση. **Αγγειακές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Εξάψεις. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Υπέρταση. **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης. Μη Συχνές:** Μείωση όρεξης, Κατακράτηση ούρων. *Μακροχρόνια χρήση. Αυτή η συχνότητα βασίζεται σε συζητήσεις της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κανείς για όλους τους GnRH αγωνιστές.* *Βραχυχρόνια χρήση. Αυτή η συχνότητα βασίζεται σε συζητήσεις της κατηγορίας αυτής των φαρμάκων (class-effect), κανείς για όλους τους GnRH αγωνιστές.* Κατά την έναρξη της θεραπείας, τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης συμπεριλαμβανομένων κοιλιακού άλγους, δυσμηνόρροιας μπορεί πολύ συχνά (> 10%) να επιδεινωθούν κατά τη διάρκεια της αρχικής παροδικής αύξησης των επιπέδων της οιστραδιόλης στο πλάσμα. Αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά και συνήθως εξαφανίζονται σε μία με δύο εβδομάδες. Κατά το μήνα που ακολουθεί την πρώτη ένεση μπορεί να προκύψει αμφορραγία γεννητικών οργάνων συμπεριλαμβανομένων μητρορραγίας, μητρορραγίας. Ο συνδυασμός με γοναδοτροπίνες για τη θεραπεία της υπερανδρογονίας, μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο υπερδριεγερσης των ωοθηκών. Μπορεί να παρατηρηθούν υπερτροφία ωοθηκών, πυελικό και/ή κοιλιακό άλγος. **Καρκίνος του μαστού.** Οι πλέον συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες αντιδράσεις σχετιζόμενες με τη θεραπεία έως 5 έτη με τριπτορέλιν σε συνδυασμό με ταμοξifenή ή έναν αναστολέα αρωματάσης στις μελέτες TEXT και SOF1 ήταν εξάψη, μυοσκελετική διαταραχή, κούπωση, απύπνια, υπεριδρωσία, αιδοιοκολπική ξηρότητα και κατάθλιψη. Οι συχνότητες των ανεπιθύμητων αντιδράσεων που αναφέρθηκαν με την τριπτορέλιν σε συνδυασμό με ταμοξifenή (N=2.325) ή εξεμεστάνη (N=2.318) αναφέρονται στον ακόλουθο πίνακα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται με βάση τη συχνότητα ως εξής: *Πολύ συχνές (≥ 1/10), Συχνές (≥ 1/100 έως < 1/10), Μη συχνές (≥ 1/1.000 έως < 1/100), σπάνιες (≥ 1/10.000 έως < 1/1.000).* **Καρδιακές διαταραχές. Μη Συχνές:** Ισχυμία του μυοκαρδίου. **Σπάνιες:** Παράταση του διαστήματος QT. **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος. Συχνές:** Σαχαρώδης διαβήτης (δυσανεμία γλυκόζης), Υπερλιπιδαιμία. **Διαταραχές του γαστρεντερικού. Πολύ Συχνές:** Ναυτία. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης. Πολύ Συχνές:** Κούπωση. **Συχνές:** Αντίδραση στο σημείο της ένεσης. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Συχνές:** Υπερευαισθησία. **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού. Πολύ Συχνές:** Μυοσκελετική διαταραχή, Οστεοπόρωση. **Συχνές:** Κατάμνη. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος. Μη Συχνές:** Εγκεφαλική ισχυμία, Αμφορραγία κεντρικού νευρικού συστήματος. **Ψυχιατρικές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Απύπνια, Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, Κατάθλιψη. **Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών. Πολύ Συχνές:** Ακράτεια ούρων. **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού. Πολύ Συχνές:** Δυσπαρευνία, Αιδοιοκολπική ξηρότητα. **Διαταραχές του δέρματος και του υποδορίου ιστού. Πολύ Συχνές:** Υπεριδρωσία. **Αγγειακές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Εξάψη, Υπέρταση. **Συχνές:** Εμβόλη. Για την πλήρη περιγραφή του προφίλ των ανεπιθύμητων αντιδράσεων της τριπτορέλινς κατά τη χρήση στην καταστολή της ωοθηκικής λειτουργίας (OFS) σε συνδυασμό με εξεμεστάνη ή με ταμοξifenή, οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις που αναφέρονται ανωτέρω πρέπει να συνδυάζονται με τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις της τριπτορέλινς οι οποίες προσδιορίζονται για τους άνδρες και τις γυναίκες σε πίνακες ανωτέρω. Οστεοπόρωση έχει αναφερθεί με υψηλότερη συχνότητα με τη χρήση τριπτορέλινς σε συνδυασμό με εξεμεστάνη από ότι με το συνδυασμό με ταμοξifenή (39% έναντι 25%) (βλ. παραγράφους 4.4). Μυοσκελετική διαταραχή και κατάμνη αναφέρθηκαν επίσης συχνότερα με το συνδυασμό με εξεμεστάνη από ότι με το συνδυασμό με ταμοξifenή (89% έναντι 76% και 6,8% έναντι 5,2%, αντίστοιχα). Υπέρταση ή σχετιζόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια έχει αναφερθεί πολύ συχνά με την τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεμεστάνη ή με ταμοξifenή (23% και 22% αντίστοιχα). Υπερλιπιδαιμία και διαβήτης ως σχετιζόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί συχνά με την τριπτορέλιν σε συνδυασμό με εξεμεστάνη ή με ταμοξifenή (υπερλιπιδαιμία: 2,6% και 3,4% αντίστοιχα, διαβήτης: 2,3% και 2,3% αντίστοιχα). Γενική αγωγή σε παιδιά (βλ. παράγραφο 4.4). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται με βάση τη συχνότητα ως εξής: *Πολύ συχνές (≥ 1/10), Συχνές (≥ 1/100, < 1/100), Μη γνωστής συχνότητας (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα).* **Οφθαλμικές διαταραχές. Μη Συχνές:** Εμπρεασμένη όραση. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Διαταραχές όρασης. **Διαταραχές του γαστρεντερικού. Συχνές:** Κοιλιακό άλγος, Μη Συχνές: Εμετος, Δυσκολιότητα, Ναυτία. **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης. Συχνές:** Αντίδραση στο σημείο της ένεσης (περιλαμβάνονται πόνος, οίδημα, ερυθρήμα και φλεγμονή). **Μη Συχνές:** Κακουχία. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος. Συχνές:** Αντίδραση υπερευαισθησίας. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αναφυλακτικό σοκ (έχει παρατηρηθεί σε ενηλίκους άνδρες και γυναίκες). **Παρακλινικές εξετάσεις. Συχνές:** Αύξηση βάρους. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος, Μη γνωστής συχνότητας:** Προλακτίνη αίματος αυξημένη, Αρτηριακή πίεση αυξημένη. **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού. Πολύ Συχνές:** Αρθραλγία, Μυϊκή αδυναμία, Μυαλγία. **Διαταραχές του νευρικού συστήματος. Συχνές:** Κεφαλαλγία. **Ψυχιατρικές διαταραχές. Πολύ Συχνές:** Μεταβολή διάθεσης. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Ευμεταβλητότητα συναίσθηματος, Κατάθλιψη, Νευρικότητα. **Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού. Πολύ Συχνές:** Αμφορραγία από τον κόλπο (περιλαμβάνονται κολπική αμφορραγία, αμφορραγία από απόσυρση, αμφορραγία μήτρας, κολπική έκκριση, κολπική αμφορραγία περιλαμβανομένης της στυγονοειδούς αμφορραγίας). **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου. Μη Συχνές:** Επίσπλη. **Διαταραχές του δέρματος και του υποδορίου ιστού. Συχνές:** Ακμή. **Μη Συχνές:** Κνησμός, Εξάνθημα, Κνίδωση. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Αγγειονευρωτικό οίδημα. **Αγγειακές διαταραχές. Συχνές:** Εξάψεις. **Επιπλέον μετά την κυκλοφορία του προϊόντος. Μη γνωστής συχνότητας:** Υπέρταση. **Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης. Μη Συχνές:** Ισχυμία. Έχουν αναφερθεί αυξημένες τιμές λευκοκυττάρων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με ανάλογο GnRH. Αυτή η δυσπερογενής λεμφοκυττάρωση σχετίζεται προφανώς με τον ενουνοχισμό που παράγεται από την GnRH και φαίνεται να υποδηλώνει ότι οι γοναδικές ορμόνες επλύνονται σε υποστροφή του θυμικού αδένος. **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών.** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο φαινόμενο ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς: Ελλάδα: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χαλκίδας, Αθήνα, Τηλ: +30 21 32040380/337, Φαξ: +30 21 06549585, Ιστοσελίδα: www.eof.gr, Κύπρος: Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, 1475 Λευκωσία, Φαξ: +357 226086649, Ιστοσελίδα: www.moh.gov.cy/phs. **6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος.** Διατηρείται σε θερμοκρασία περιβάλλοντος έως 25° C. **7 ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ.** IPSEN MERIE, Αγ. Δημητρίου 63 Άλιμος 174 56 – Αθήνα, Τηλ: 210 9843324, Εκπαιδευτικό του Κατόχου Άδειας Κυκλοφορίας στην Κύπρο: ΧΑ.ΠΑΓΕΛΛΕΒΗΝΑΣ ΑΠΕ, Τ.Κ.24018, 1700 Λευκωσία, Τηλ: 00357 22741741. **8 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ.** Ελλάδα: 63652 – 28/07/2017, Κύπρος: 17055. **9 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ / ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ** 01/06/1998 – 04/09/2008. **10 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ.** 6/5/2021.

ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ

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

Τ.Π.: 63.41€
Λ.Τ.: 84.61€
Δ.Τ.Φ.: 22/12/2020

LIFE*

για τις γυναίκες με HR+/HER2- μεταστατικό καρκίνο μαστού¹⁻³

1. Waks GA and Winer EP rev, Breast Cancer Treatment; JAMA. 2019; 321: 288-200, 2. Im SA et al., Overall Survival with Ribociclib plus Endocrine Therapy in Breast Cancer; N Engl J Med. 2019 Jun 4. doi: 10.1056/NEJMoa1903765, 3. Slamon DJ et al, Overall survival with Ribociclib plus Fulvestrant in Advanced Breast Cancer, N Engl J Med Feb 2020; 382:514-524

HR+/HER2-: θετικός σε ορμονικό υποδοχέα και αρνητικός στον υποδοχέα 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες βαθμού 3/4 (οι οποίες αναφέρθηκαν σε συχνότητα $\geq 20\%$ και $\geq 2\%$, αντίστοιχα) στα συγκεντρωτικά δεδομένα για τις οποίες η συχνότητα του Kisqali συν κάθε συνδυασμό υπερβαίνει τη συχνότητα του εικονικού φαρμάκου συν κάθε συνδυασμό ήταν λοιμώξεις, ουδετεροπενία, λευκοπενία, κεφαλαλγία, βήχας οσφυαλγία, ναυτία, κόπωση, διάρροια, έμετος, δυσκοιλιότητα, αλωπεκία, και εξάνθημα και λοιμώξεις, ουδετεροπενία, λευκοπενία, αναιμία μη φυσιολογικές δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, λεμφοπενία, υποφωσφαταιμία και έμετος, αντίστοιχα

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, που διατίθεται [ΕΔΩ](#).



Novartis (Hellas) A.E.B.E.

12^ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12^ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -
Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΠΗΣΗ: +30 210 2828812

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για **ΟΛΑ** τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

▼ Το φαρμακευτικό προϊόν
υπόκειται σε επιπρόσθετη
παρακολούθηση.

 **KISQALI**[®]
ribociclib 200mg
tablets

• ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στην 2η Επιστημονική Διημερίδα, την οποία διοργανώνει η Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. (Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία – Ίαση - Στήριξη) και θα διεξαχθεί στις 18 και 19 Δεκεμβρίου 2021, στην Αίθουσα Εκδηλώσεων της Κλινικής ΙΑΣΩ, Κηφισίας 37-39, 151 23 Μαρούσι.

Στόχος της 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 Ξεπαπαδάκης, MD, PhD
Χειρουργός Μαστού
Ιδρυτής & Πρόεδρος Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.
Διευθυντής Β΄ Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

• ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Ξεπαπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος: Μαραγκουδάκης Ευάγγελος
Μέλη: Κεραμόπουλλος Αντώνιος
Κόλλιας Σπυρίδων
Νόννη Αφροδίτη
Παπαδημητρίου Χρίστος
Παυλάκη Αικατερίνη
Φωστήρα Φλωρεντία

• ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

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

Διακομανώλης Εμμανουήλ, Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

• ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Καναθουπίτη Δήμητρα
Κορωνάκης Δημήτριος
Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

• ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Ξεπαπαδάκης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος: Παπαδημητρίου Χρήστος
Γραμματέας: Μαραγκουδάκης Ευάγγελος

• Μέλη

Αθανασιάδης Ηλίας
Αλεβίζου Ρομίνια
Αναστασάκου Κορνηλία
Ασκοξυλάκης Ιωάννης
Βαράκη Καλλιόπη
Βενιζέλος Βασίλειος
Βιδάλη Ιωαννίνα
Γάκη Βασιλική
Γιασσάς Στυλιανός
Γραββάνης Ανδρέας
Γρηγορόπουλος Πέτρος
Δημόπουλος Αθανάσιος
Δημητρόπουλος Νικόλαος
Δουβετζέμης Στέργιος
Ζύλης Δημοσθένης
Ιγνατιάδου Ελευθερία
Ιωσηφίδου Ροδονίκη
Κακλαμάνος Ιωάννης
Καναλουπίτη Δήμητρα
Καραγεωργοπούλου Σοφία
Καρυδά Ειρήνη
Κεραμόπουλος Δημήτριος
Κλεάνθης Γιαννούλης
Κοντογιάννη Νάγια
Κορωνάκης Δημήτριος
Κοντός Μιχάλης

Κοντούλης Θεόδωρος
Κοττέας Ηλίας
Κουλουλίας Βασίλειος
Κουφουδάκης Διονύσιος
Κυριάκου Γρηγόριος
Κυρόπουλος Γεώργιος
Κωνσταντινίδου Αναστασία
Λανίτης Σοφοκλής
Λινάρδου Έλενα
Λιάκου Παρασκευή
Λιάππης Τριαντάφυλλος
Μαλακάσης Πέτρος
Μανίκα Αικατερίνη
Μαρκόπουλος Χρήστος
Μεταξάς Γεώργιος
Μιχαλόπουλος Νικόλαος
Μουχτούρη Ηρώ
Μπαλαφούτα Μυρσίνη
Μπαλτάς Δημοσθένης
Μπαρμπούνης Βασίλειος
Μπαφαλούκος Δημήτριος
Μπεχράκη Σαρίδου Ελισσάβετ
Μπουκοβίνας Ιωάννης
Νασίκας Δημήτριος
Νατσιόπουλος Ιωάννης
Νόννη Αφροδίτη

Ντασίου Παναγιώτα
Ντρουφάκου Σταυρούλα
Παζαϊτη Νατάσσα
Πανούσης Δημήτριος
Παπαδόπουλος Λάζαρος
Παπαδόπουλος Γεώργιος
Παπανικολάου Σπύρος
Παπαντωνίου Πανδώρα
Παρασκευόπουλος Σταύρος
Πατσέα Ελένη
Παυλάκη Αικατερίνη
Παυλάκης Εμμανουήλ
Πούλου Λουκία
Πουλακάκη Φιορίτα
Ρες Ελένη
Ρηγάκος Γεώργιος
Σαλούστρος Εμμανουήλ
Σταφυλά Βάνια
Σταθουλοπούλου Μαρουλιώ
Σταυρίδη Φλώρα
Σκάρλος Παντελής
Φουστάνος Ανδρέας
Φλέσσας Ιωάννης
Φωστήρα Φλωρεντία
Χατζόπουλος Σταύρος
Χριστοδούλου Χρήστος

• 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 Διημερίδας:
Σάββατο 18 & Κυριακή 19 Δεκεμβρίου 2021
Τόπος: Μαρούσι, Αττικής
Συνεδριακός Χώρος: Αμφιθέατρο Κλινικής «ΙΑΣΩ»
Web Site: www.prctravel.gr

• ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Η εγγραφή στην Υβριδική Διημερίδα είναι ΔΩΡΕΑΝ

Παρακαλούμε να σημειώσετε ότι οι εγγραφές για τη «δια ζώσης» παρακολούθηση της Διημερίδας είναι περιορισμένες σε αριθμό για τον λόγο αυτό θα λειτουργεί ταυτόχρονη διαδικτυακή μετάδοση (live streaming)

Οι διαζώσης συμμετέχοντες θα χρειαστεί να προσκομίσουν πιστοποιητικό εμβολιασμού, καθώς και rapid test 24 ώρες πριν.
Για την διαδικτυακή παρακολούθηση οι εγγραφές θα γίνονται online.

• ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME- UEMS, έχει χορηγήσει 14 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) στους συμμετέχοντες.

• ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Βάσει της διάταξης του ΕΟΦ (81867/19-11-2012) όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι δικαιούνται Πιστοποιητικό Παρακολούθησης, εφ' όσον έχουν συμπληρώσει το 60% των συνολικών ωρών παρακολούθησης του συνεδρίου.

Βάσει των νέων διατάξεων του ΕΟΔΥ. Η απονομή πιστοποιητικών γίνεται μόνο ηλεκτρονικά (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) μετά το πέρας της Διημερίδας.

Ο αριθμός των 14 Μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD) που έχει χορηγήσει στον κάθε Σύνεδρο, θα υπολογιστεί βάσει του χρόνου παρακολούθησης.

• ΚΑΡΤΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Οι διαπιστεύσεις των συνέδρων (badges), καθώς και το πρόγραμμα της Διημερίδας αποστέλλονται ηλεκτρονικά με τα δεδομένα τα οποία ισχύουν στη παρούσα φάση.

Η είσοδος στη Συνεδριακή αίθουσα θα επιτρέπεται μόνο σε εμβολιασμένους, οι οποίοι θα προσκομίζουν το πιστοποιητικό εμβολιασμού τους.

• ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

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

Σάββατο 18 Δεκεμβρίου 2021 09:30-19:15

Κυριακή 19 Δεκεμβρίου 2021 09:30-14:15

• ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της Διημερίδας θα λειτουργεί τεχνική γραμματεία παραλαβής των παρουσιάσεων (preview desk).

Οι κ. κ. ομιλητές, οι οποίοι θα συμμετέχουν δια ζώσης, 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.

• ΒΡΑΒΕΙΑ

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόεδρος της Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. (Επιστημονική Μαστολογική Εταιρεία - Ίαση - Στήριξη), αποφάσισε να χορηγηθούν βραβεία στις 3 καλύτερες αναρτημένες ανακοινώσεις στη Μνήμη των συναδέλφων, οι οποίοι δεν είναι πλέον μαζί μας.

Ασημακόπουλος Γεώργιος
Καλδής Ιωάννης
Καλογεράκος Κυριάκος
Στραβόλαιμος Κουρής
Παπαδιαμάντης Ιωάννης
Χρυσοχόου Μηνάς

Η τελετή βράβευσης των εργασιών θα πραγματοποιηθεί με την λήξη της Διημερίδας.

• ΧΡΗΜΑΤΙΚΑ ΕΠΑΘΛΑ

1η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 1.000 ευρώ

2η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 700 ευρώ

3η Καλύτερη αναρτημένη Ανακοίνωση 500 ευρώ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος της Διημερίδας και Πρόεδρος της ΕΜΕΙΣ καθώς και η Οργανωτική Επιτροπή εκφράζουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ακόλουθους χορηγούς για την συμβολή τους.

ΧΟΡΗΓΟΙ



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

A large, stylized pink ribbon graphic is centered on the page. The ribbon is tied in a bow, with the loops and tails featuring a subtle gradient and a faint, darker pink outline. Two thin, curved lines extend upwards from the top of the bow, each ending in a small pink dot.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021



08:30 - 09:15

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ – ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

Ξεπαπαδάκης Γ.
Σταματίου Γ.
Αντσακλής Α.

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

“Ο ρόλος του Μέντορα στη σύγχρονη εποχή”
Καθηγητής Ζωγράφος Γ.

09:30 - 10:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1

Συνδυαστικός Απεικονιστικός έλεγχος παθήσεων μαστού
Προεδρείο: Ιγνατιάδου Ε. - Κορωνάρχης Δ. - Λαζάρου Σ.

Μαγνητική Μαστού

Βαράκη Κ. 15'

Τομοσύνθεση

Παπαδοπούλου Π. 15'

Εξελίξεις στην υπερηχογραφική απεικόνιση

Παπαντωνίου Π. 15'

Ο χειρουργικός προβληματισμός στις ανωτέρω απεικονιστικές μεθόδους

Φαλιάκου Ε. 15'

Σχολιασμός: Πούλου Α. - Μπεχράκη Σαρίδου Ε. - Παπαδόπουλος Α.

10:30 - 11:15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2

Κληρονομικός καρκίνος μαστού

Προεδρείο: Αθανασιάδης Η. - Κωνσταντοπούλου Ε. - Κεραμόπουλος Α.

Α. Νεότερα δεδομένα για τα γονίδια προδιάθεσης εν έτη 2021

Φωστήρα Φ. 15'

Β. Πρωτόκολλα παρακολούθησης και επιλογές μείωσης κινδύνου

Γάκη Β. 15'

Γ. Εξελίξεις στην επικουρική θεραπεία του υψηλού κινδύνου για υποτροπή καρκίνου μαστού σε φορείς BRCA1/2 μεταλλάξεων

Τρυφωνόπουλος Δ. 15'

Σχολιασμός: Μπαρμπούνης Β. - Μαλακάσης Π. - Καραπαναγιώτης Κ.

11:15 - 11:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

ΣΑΒΒΑΤΟ 18 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021



11:30 - 12:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ 

Προεδρείο: Κοντός Μ. - Λύπας Γ.

EndoPredict - a 2nd generation gene expression test
Ρηγάκος Γ. 30'

12:00 - 12:30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  **Genekor**
Committed to Biotechnological Innovation

Προεδρείο: Βενιζέλος Β. - Σαριδάκη Ζ.

Oncotype DX: Η αξία της πρόβλεψης στη σύγχρονη διαχείριση του πρώιμου καρκίνου μαστού
Τσούλος Ν. 30'

12:30 - 13:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  **Bayer**

Προεδρείο: Δημητρόπουλος Ν. - Χριστοδουλίδου Ι. - Μουχτούρη Η.

Dense Breast, the value of MRI
Πούλου Α. 30'

13:00 - 13:30

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ. - Μπουκοβίνας Ι.

Καρκίνος μαστού στις ηλικιωμένες. Έχουν τις ίδιες ευκαιρίες με τις νέες;
Μαρκόπουλος Χ. 30'

13:30 - 14:00

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ  **NOVARTIS**

Προεδρείο: Γιασσάς Σ.

Η αξία των CDK4/6 αναστολέων στη διαχείριση του HR+/HER2- BC: Παρατείνοντας την επιβίωση ασθενών με προχωρημένη νόσο
Καναλoupίτη Δ.

14:00 - 14:30

ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ 

Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ. - Κοττάς Η.

Η καταλυτική αλλαγή στη θεραπεία του HR+/HER2- mBC με την εισαγωγή των αναστολέων της CDK4/6
Αθανασιάδης Η. 30'



14:30 - 15:00 **ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ**

15:00 - 16:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**

Αποκλιμάκωση της χειρουργικής στον καρκίνο μαστού

Προεδρείο: Κοντός Μ. - Αρκαδόπουλος Ν. - Μιχαλόπουλος Ν.

Λεμφαδένας φρουρός και μαστεκτομή

Λανίτης Σ. 15'

Νεο επικουρική χημειοθεραπεία στον χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Υπάρχει λόγος;

Μεταξάς Γ. 15'

Έκταση επέμβασης μετά την εισαγωγική χημειοθεραπεία

Σταθουλοπούλου Μ. 15'

Σχολιασμός: Καρυδά Ε. - Μπαλτάς Δ. - Πουλακάκη Φ.

16:00 - 16:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ. - Μαραγκουδάκης Ε.

DCIS: Σωστή αντιμετώπιση ή υπερθεραπεία;

Βενιζέλος Β.

16:30 - 17:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4**

Νεο - επικουρική Συστηματική Θεραπεία:

Προεδρείο: Βενιζέλος Β. - Λινάρδου Ε. - Κουμαριανού Α.

Α. Πότε δεν χρειάζεται ακτινοθεραπεία μετά από νεο - επικουρική χημειοθεραπεία

Σκάρλος Π. 15'

Β. Ποιό το όφελος της νέο - επικουρικής θεραπείας σε luminal καρκίνο του μαστού

Χριστοδούλου Χ. 15'

Γ. Ετερογένεια των ασθενών μετά από προεγχειρητική χημειοθεραπεία και αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού της μετεγχειρητικής συμπληρωματικής

θεραπείας με βάση τους παράγοντες κινδύνου

Καραγεωργοπούλου Σ. 15'

Σχολιασμός: Γιασσάς Σ. - Ρέξ Ε. - Τριχάς Μ.

17:30 - 18:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**



18:00 - 18:45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5

Εγκεφαλικές μεταστάσεις και καρκίνος του μαστού

Προεδρείο: Κόλλιας Σ. - Μαραγκουδάκης Ε.

Ποιά η θέση της νευροχειρουργικής
Σγούρος Σ. 15'

Ποιά η θέση της ολοεγκεφαλικής ακτινοθεραπείας
Βερίγος Κ. 15'

Η θέση της χημειοθεραπείας - ανοσοθεραπείας στις εγκεφαλικές μεταστάσεις
Κωνσταντινίδου Α. 15'

Σχολιασμός: Κουλουλίας Β. - Σγούρος Σ.

18:45 - 19:45

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

**Προεδρείο: Ντασίου Π. - Ιωσηφίδου Ρ. - Κοντούλης Θ. - Σταυρίδη Φ.
Αλεβίζου Ρ.
Λιάκου Π.
Λιάππης Τ.
Μανίκα Αικ.
Παζαϊτη Ν.
Φλέσσας Ι.**

**Σχολιασμός:
Σταφυλά Β. - Πανούσης Δ. - Παυλάκης Εμμ. - Χατζόπουλος Σ. - Κυρόπουλος Γ.**



08:45 - 09:00

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ

09:00 - 10:30

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Προεδρείο: Κεραμόπουλος Δ. - Ζύλης Δ. - Νασίκας Δ.

ΑΑ 001

ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΚΛΑΣΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΣ
Γ. Σουλημιώτη, Α. Φωτοπούλου, Σ. Τζωρακάκης, Μ. Πλοχώρου, Κ. Γκιρλέμης, Ι. Μαραβέλης, Ε. Αθανασίου

Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς οι Άγιοι Ανάργυροι.

ΑΑ 002

Β3 ΒΛΑΒΕΣ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΕ ΑΒΕΒΑΙΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΔΥΝΑΜΙΚΟ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ.

Νίκος Καθαμπόκης¹, Διονύσης Κουφουδάκης⁴, Αννέζα Γιάλλουρου⁴, Νίκος Μιχαήλ⁴, Σταύρος Φάνης², Ελένη Θεοφάνους³, Αιμηνία Μηνιαΐδου³, Μάριος Λοΐζου¹

1 Ιατροί Χειρουργικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

2 Ιατρός Ακτινολογικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

3 Ιατροί Παθολογοανατομικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

4 Ιατροί Κέντρου Μαστού Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΑΑ 003

ΤΟ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΕΙΑ ΕΚΤΟΜΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΟΡΙΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Νίκος Πόπα¹, Διονύσης Κουφουδάκης⁴, Αννέζα Γιάλλουρου⁴, Νίκος Μιχαήλ⁴, Αθηνά Σκουλαρίκη², Γιώργος Γεωργίου³, Χριστιάνα Πούλου³, Μάριος Λοΐζου¹

1 Ιατροί Χειρουργικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

2 Ιατρός Ακτινολογικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

3 Ιατροί Παθολογοανατομικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

4 Ιατροί Κέντρου Μαστού Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΑΑ 004

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΠΛΑΤΥ ΡΑΧΙΑΙΟ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ
Σπυροπούλου ΓΑ¹, Δελημπαλτάς Α², Κοντούλης Θ³

1: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2: Πλαστικός Χειρουργός, Θεσσαλονίκη

3: Χειρουργός Μαστού, Θεσσαλονίκη



ΑΑ 005

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΟ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παναγιώτα Παντούλα¹, Νικολίνα Σταυρινού², Ελένη Καμμένου³, Κικίδου Ελένη⁴, Ι. Προβατάς¹

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»,

2 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»,

3 Κυτταρολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»,

4 Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΑΑ 006

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΝΟΜΟΙΟΥΤΥΠΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΟΝΟΖΥΓΩΤΙΚΑ ΔΙΔΥΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στυλιανή Παρπούδη, Ελίνα Κελεσίδου, Γ. Σαραφίδης, Κατερίνα Σμηρίνη, Ευαγγελία Δόντσιου, Ροδονίκη Ιωσηφίδου.

Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο.

ΑΑ 007

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΕ ΑΡΡΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΔΕΚΑΕΠΤΑ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παναγιώτα Παντούλα¹, Ελένη Κικίδου², Ευστάθιος Μεταξάς³, Μαρία Καραγιάννη¹, Αντιγόνη Καρακώστα¹, Ιωάννης Προβατάς¹

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

2 Κυτταρολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

3 Θωρακοχειρουργική κλινική Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

ΑΑ 008

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΜΕΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (SKIN REDUCING MASTECTOMY)

Σοφοκλής Λανίτης¹, Βασίλης Γκάνης¹, Παναγιώτης Χορτης¹, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Μιχαήλ Κοντός²

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ, Αθήνα

2 Ιατρός, Α' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΑΑ 009

ΜΠΟΡΕΙ Η MRI ΜΑΣΤΩΝ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ;

Παναγιώτης Χόρτης¹, Βασίλειος Γκάνης¹, Μιχτιάδης Μπανταγκιώνης¹, Μιχαήλ Κοντός², Δημήτριος Μαντάς³, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

2 Ιατρός, Α' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

3 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»



AA 010

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ KI-67 ΜΕ CORE BIOPSY: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ

Μιλιτιάδης Μπανταγκιώνης¹, Παναγιώτης Χόρτης¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Σπυρίδων Λαΐνας¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

AA 011

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΖΟΟ11 ΕΠΟΧΗ

Παναγιώτης Χόρτης¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Σπυρίδων Λαΐνας¹, Βασίλειος Γκάνης¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ, Αθήνα

AA 012

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΔΕΝΙΚΗ ΑΔΕΝΩΣΗ.

Δημήτριος Μπαλαλής¹, Νεκτάριος Κουφόπουλος², Διονύσιος Δήμας³, Ιωάννης Μπούτας³, Ιωάννης Μισιτζής³, Λούμνη Χαλντή⁴.

1. Α' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
2. Β' Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν", Ιατρική Σχολή Αθηνών.
3. Μονάδα Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Κλινική Ψυχικού.
4. Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας".

AA 013

ΠΕΡΙΠΟΡΙΚΟ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δημήτριος Μπαλαλής¹, Διονύσιος Δήμας², Ιωάννης Μπούτας², Ευαγγελία Καραγιάννη³, Ιωάννης Μισιτζής², Νεκτάριος Κουφόπουλος⁴.

1. Α' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
2. Τμήμα μαστού, Ιατρικό κέντρο Αθηνών, Κλινική Ψυχικού.
3. Ιστοπαθολογικό εργαστήριο, Ιατρικό κέντρο Αθηνών.
4. Β' Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν", Ιατρική Σχολή Αθηνών

AA 014

Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕΓΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πάνος Παπανδρέου PharmD^{1,2}, Κωνσταντίνα Νούσιου³, Γεώργιος Παπανδρέου^{2,4}, James Steier⁴, Μαρία Σκουρολιάκου PhD⁵, Σοφία Καραγεωργοπούλου MD, PhD⁶

1. Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα
2. CibusMed PC, Αθήνα
3. MSc, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Trinity College, Dublin
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντερικής και Παρεντερικής Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας & Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
6. Παθολόγος Ογκολόγος, Γ' Ογκολογική Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα



ΑΑ 015

ΦΥΛΛΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στυλιανή Παρπούδη¹, Κατερίνα Σμηρίνη¹, Ελίνα Κελεσίδου¹,
Γ. Σαραφίδης¹, Ευαγγελία Δόντσιου¹, Ευανθία Ζέρβα¹, Μαρία Νίκου¹,
Ροδονίκη Ιωσηφίδου¹.

1 Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Θεαγένειο.

ΑΑ 016

ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΚΛΩΝΟΥ ΤΟΥ HER-2 ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΟΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στυλιανή Παρπούδη¹, Ευαγγελία Δόντσιου¹, Γ. Σαραφίδης¹, Κατερίνα
Σμηρίνη¹, Αλεξία Καραμίνη¹, Π. Κορωνάιος¹, Ελίνα Κελεσίδου¹,
Ροδονίκη Ιωσηφίδου¹.

1 Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Θεαγένειο

ΑΑ 017

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΩΣ ΑΝΑΣΠΟΣΠΑΣΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ Φλωρεντία Φωστήρα^{1,2}, Παρασκευή Αποστόλου¹, Ρομίνα Αλεβίζου², Δημήτρης Νασίκας², Δημήτρης Πανούσης², Λάζαρος Παπαδόπουλος², Βασιλική Δεληατόλα¹, Ευάγγελος Μαραγκουδάκης³, Παναγιώτα Κοντογιάννη², Παναγιώτα Ντάσιου², Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης²

1. Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών
"Δημόκριτος"

2. Β' Κλινική Μαστού, Κλινική "ΙΑΣΩ"

3. Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Κλινική "ΙΑΣΩ"

ΑΑ 018

ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Δαρμασκηνή Ποδυχρόνη¹, Ιωάννης Στεφανίδης², Αναστάσιος Μαυρογιώργης³,
Ιωάννης Φωτσινός⁴, Ευστράτιος Κούσκος²

1 Ιατρός, Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστάνειο'

2 Ιατρός, Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστάνειο'

3 Ιατρός, Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστάνειο'

4 Ιατρός, Κυτταρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστάνειο'

ΑΑ 019

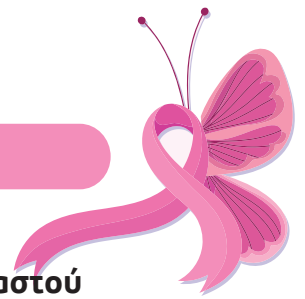
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΦΩΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΕΓΧΥΣΗΣ IGC (INDOCYANINE GREEN)

Άννα Ράπη², Ιωάννα Ζεβελέκη³, Θεόδωρος Κοντούλης¹

1. Μαστολόγος - Χειρουργός Μαστού, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

2. Γενική Χειρουργός, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

3. Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη



ΚΥΡΙΑΚΗ 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021

10:30 - 11:30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6

Θεραπευτικές εξελίξεις στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού

Προεδρείο: Παπαδημητρίου Χ. - Μπαφαλούκος Δ. - Γαλήνη Ε.

Νεότερες θεραπείες στον τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού
Ζύλης Δ. 15'

Πώς διαμορφώνεται ο θεραπευτικός αλγόριθμος στον ER+ μεταστατικό καρκίνο μαστού
Παπανικολάου Σ. 15'

Νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις στη μεταστατική νόσο
Γιασσάς Σ. 15'

Σχολιασμός: Χριστοδούλου Χ. - Καραγεωργοπούλου Σ.

11:30 - 12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:00 - 13:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7

Γενετικός έλεγχος στο μεταστατικό καρκίνο μαστού

Προεδρείο: Γιαννουκάκος Δ. - Καναλουπίτη Δ. - Ασκοξυλάκης Ι.

Βιοδείκτες για την σύγχρονη διαχείριση του καρκίνου του μαστού
Παπαδοπούλου Ε. 15'

Στοχεύουσες θεραπείες στο μεταστατικό καρκίνο μαστού
Σαλούστρος Εμμ. 15'

Σχολιασμός: Γιαννούλης Κ. - Αναστασάκου Κ. - Κοττέας Η.

13:00 - 14:00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8

Αποκατάσταση Μαστού

Προεδρείο: Φουστάνος Α. - Κουφουδάκης Δ. - Μαραγκουδάκης Ε.

Άμεση
Παρασκευόπουλος Σ. 15'

Απώτερη
Γραββάνης Α. 15'

Ακτινοθεραπεία και άμεση αποκατάσταση
Καραχοντζίτη Π. 15'

Σχολιασμός: Γρηγορόπουλος Π. - Δουβετζέμης Σ. - Νατσιόπουλος Ι. - Μαστοράκος Δ.



ΚΥΡΙΑΚΗ 19 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2021

14:00 - 14:45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9

Προκλήσεις στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού

Προεδρείο: Δημόπουλος Α. - Πετεινέλη Ε.

Η θέση της ακτινοθεραπείας μετά από μαστεκτομή σε N1 νόσο
Μπαλαφούτα Μ. 15'

Επιταχυνόμενη ακτινοθεραπεία στο καρκίνο του μαστού
Τριχάς Μ. 15'

Σχολιασμός: Μαραγκουδάκης Ε. - Κοσμίδη Σ. - Κωνσταντέλος Ι.

14:45 - 15:45

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10

Ιστολογική ταυτοποίηση - διαγνωστικοί προβληματισμοί

Προεδρείο: Παυλάκη Αικ. - Πατσία Ε.

Η ορολογία της ιστολογικής έκθεσης
Νόννη Α. 15'

FNA και CELL BLOCK
Βιδάλη Ι. 15'

Διαγνωστικές δυσκολίες στην ταχεία ιστολογική εξέταση
Χρυσανθάκης Δ. 15'

Προσανατολισμός παρασκευάσματος χειρουργικά όρια
Αραπαντώνη Δαδιώτη Π. 15'

Σχολιασμός: Κάβουρα Ε. - Παπαδόπουλος Γ.

15:45 - 16:15

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Λούβρου Ν. - Κυριάκου Γ.

Καρκίνος και life style
Παπαγεωργίου Α. 30'

16:15

ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΛΗΞΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ



Όταν ο προορισμός είναι η υγεία, το ΙΑΣΩ δείχνει το δρόμο.

Το ΙΑΣΩ Γενική Κλινική είναι εδώ για να σε οδηγεί και να σε προστατεύει. Με ολοκληρωμένες και σύγχρονες υπηρεσίες υγείας. Με έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τεχνολογικά προηγμένο εξοπλισμό. Δίπλα σε κάθε σου ανάγκη.

www.iaso.gr |    [omilosiaso](#)  [group-iaso](#)

Λεωφ. Κηφισίας 37-39 • 151 23 • Μαρούσι • Αττική • Τηλ.: 210 6184000 • Email: info@iaso.gr

 **ΙΑΣΩ** Γενική Κλινική
Για ό,τι πιο πολύτιμο έχεις.

A large, stylized pink butterfly is positioned in the background, centered behind the title. The butterfly has two large wings with a scalloped edge and several thin, curved lines radiating from the center of each wing. Its body is a simple pink oval, and it has two long, thin antennae with small pink dots at the ends. The entire illustration is rendered in a soft, pastel pink color with a slight shadow effect.

ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ-ΠΡΟΕΔΡΩΝ

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ ΗΛΙΑΣ

Ογκολόγος - Παθολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής Μπρέρα, Επίκ. Καθηγητής Ογκολογίας Northwestern University, Η.Π.Α.

ΑΡΚΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Δ' Χειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν Αττικών

ΑΡΑΠΑΝΤΩΝΗ ΔΑΔΙΩΤΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ

Παθολογοανατόμος, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

ΑΛΕΒΙΖΟΥ ΡΟΜΙΝΑ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΟΥ ΚΟΡΝΗΛΙΑ

Διευθύντρια, Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

ΑΣΚΟΞΥΛΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ ΒΑΣΙΛΗΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Μονάδας Μαστού, Θεραπευτήριο Metropolitan
Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού (ΕΧΕΜ)

ΒΑΡΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος Απεικόνισης, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΒΕΡΙΓΟΣ ΚΟΣΜΑΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Διευθυντής Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας και Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής, «401 Γ.Σ.Ν.Α.», Επιστ. Συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΒΙΔΑΛΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Διευθύντρια Κυτταρολογικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ

ΓΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΓΑΛΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Αν. Διευθύντρια Β' Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΚΟΣ ΔΡΑΚΟΥΛΗΣ

Διευθυντής Ερευνών, Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος

ΓΙΑΣΣΑΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Κλινικής Παθολογικής Ογκολογίας, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

ΓΡΑΒΒΑΝΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Διευθυντής Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής Γ.Ο.Ν.Κ, Άγιοι Ανάργυροι

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ακτινολόγος Μαστού, Δέλτα Ψηφιακή

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Venia Docendi Πανεπιστημίου Βιέννης,
ESTRO Faculty Member, Διευθυντής Κλινικής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Metropolitan Hospital

ΔΟΥΒΕΤΖΕΜΗΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Κλινικής Μαστού, Metropolitan General Hospital

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΖΥΛΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "ΙΑΣΩ"

ΖΩΓΡΑΦΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καθηγητής Χειρουργικής, Διευθυντής Α' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, τ. Αν. Πρύτανης Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής, Πρόεδρος Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας (Ε.Χ.Ε), Πρόεδρος Ανώτατου Υγειονομικού Συμβουλίου (Α.Υ.Σ)

ΙΓΝΑΤΙΑΔΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Υπεύθυνη Μονάδας Μαστού, ΓΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ

ΙΩΣΗΦΙΔΟΥ ΡΟΔΟΝΙΚΗ

Χειρουργός Μαστού, Προϊσταμένη, Διευθύντρια Χειρουργικού Ογκολογικού Μαστού, Α.Ν.Θ Θεαγένειο

ΚΑΒΟΥΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Παθολογοανατόμος, Επιμελήτρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ

ΚΑΝΑΛΟΥΠΙΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Δ' Κλινικής Παθολογικής Ογκολογίας, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Γ' Κλινικής Παθολογικής Ογκολογίας, ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

ΚΑΡΑΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

ΚΑΡΑΧΟΝΤΖΙΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Ακτινοθεραπεύτρια - Ογκολόγος, Συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΚΑΡΥΔΑ ΕΙΡΗΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Επίκ. Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Διευθυντής - Συντονιστής Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΚΟΛΛΙΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Ιατρός Ακτινολόγος, Διευθυντής Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων ΙΑΣΩ

ΚΟΥΜΑΡΙΑΝΟΥ ΑΝΝΑ

Διευθύντρια ΕΣΥ, Παθολόγος - Ογκολόγος, Αίμο Ογκολογική Μονάδα, 4η Παθολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών

ΚΟΥΦΟΥΔΑΚΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Λευκωσία, Κύπρος

ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ ΝΑΓΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΚΟΝΤΟΣ ΜΙΧΑΗΛΣ

Αν. Καθηγητής Χειρουργικής και Χειρουργικής Μαστού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

ΚΟΝΤΟΥΛΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

ΚΟΡΩΝΑΡΧΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Metropolitan General Hospital

ΚΟΣΜΙΔΗ ΣΟΦΙΑ

Ακτινοθεραπεύτρια - Ογκολόγος, Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΚΟΤΤΕΑΣ ΗΛΙΑΣ

Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ογκολογική Μονάδα, Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΚΟΥΛΟΥΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Τμήματος Ακτινοθεραπείας, Π.Γ.Ν Αττικών

ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΓΡΗΓΟΡΗΣ

Χειρουργός, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

ΚΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ακτινολόγος Μαστού

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια - Κύρια Ερευνήτρια, Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, ΙΠΡΕΤΕΑ, Ινστιτούτο Βιοεπιστημών και Εφαρμογών, ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου και Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Αν. Διευθυντής Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΛΑΖΑΡΟΥ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Ακτινολόγος, Ακτινοδιαγνωστής Μαστού

ΛΑΝΙΤΗΣ ΣΟΦΟΚΛΗΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Β' Χειρουργικής Κλινικής, Νοσοκομείο "Κοργιαλένιο Μπενάκειο (ΕΕΣ)"

ΛΙΑΚΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Χειρουργός Μαστού, Μαστολόγος, Αθήνα

ΛΙΑΠΠΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΛΙΝΑΡΔΟΥ ΕΛΕΝΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διδάκτωρ Imperial College London, Διευθύντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΛΟΥΒΡΟΥ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεργάτης - Διευθύντρια Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΛΥΠΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Τμήματος Γενετικής Ογκολογίας, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία

ΜΑΛΑΚΑΣΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

Ακτινολόγος, Διευθυντής Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Διευθυντής Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΜΑΝΙΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Δ/τρια Κέντρου Μαστού Αθηναϊκής Mediclinic.

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΕΚΠΑ
Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής Μαστού UEMS
Πρόεδρος Ευρωπαϊκών εξετάσεων UEMS - EBSQ Χειρουργικής Μαστού

ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Πλαστικός Χειρουργός Νοσοκομείων Μπέρα, Υγεία, Λατώ

ΜΕΤΑΞΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Ειδικός Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Χειρουργικό Τμήμα, ΓΝΜΑ Έλενα Βενιζέλου,
Υπεύθυνος Ιατρείου Μαστού, ΓΝΝΙ Κωνσταντοπούλειο

ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Δ' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Αττικών

ΜΟΥΧΤΟΥΡΗ ΗΡΩ

Ακτινολόγος, Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

ΜΠΑΛΑΦΟΥΤΑ ΜΥΡΣΙΝΗ

Ακτινοθεραπεύτρια - Ογκολόγος, Επικ. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Κλινική ΙΑΣΩ

ΜΠΑΛΤΑΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ

Γυναικολόγος - Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Α' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

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

ΜΠΑΦΑΛΟΥΚΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Α' Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΜΠΕΧΡΑΚΗ ΣΑΡΙΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης Τμήματος Απεικονίσεων και Επεμβατικής Ακτινολογίας ΙΑΣΩ

ΜΠΟΥΚΟΒΙΝΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος,
Επιστημονικός Υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδος Βιοκλινικής Θεσσαλονίκης

ΝΑΣΙΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελητής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΝΑΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Χειρουργός Μαστού, Υπεύθυνος Κέντρου Μαστού, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

ΝΟΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Αν. Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Αθηνών ΕΚΠΑ

ΝΤΑΣΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελήτρια Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΞΕΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Διευθυντής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ, Πρόεδρος Ε.Μ.Ε.Ι.Σ

ΠΑΖΑΪΤΗ ΝΑΤΑΣΑ

Γενική Χειρουργός - Ειδική Χειρουργός Μαστού, Ειδική στην Ογκολογική και Επανορθωτική Χειρουργική του Μαστού,
Λαπαροσκοπική και Ενδοσκοπική Χειρουργική,
Διευθύντρια Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας και Αποκατάστασης Μαστού, Metropolitan General

ΠΑΝΟΥΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Χειρουργός Μαστού, Συνεργάτης Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ANNA

Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών
Επ.Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού
Επ.Υπεύθυνη προγραμμάτων προαγωγής της υγείας "ΕΥΡΩΣΤΙΑ"

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), Διευθυντής Α' Κλινικής Παθολογικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

Group Leader of Molecular Genomics, Genekor Medical S.A

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Ιατρός - Ακτινολόγος, Συνεργάτης Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιστ. Συνεργάτης, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΛΑΖΑΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελητής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΥΡΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΠΑΝΔΩΡΑ

Ακτινοδιαγνώστρια, Συνεργάτης Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων ΙΑΣΩ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Πλαστικός Χειρουργός, Νοσοκομεία Metropolitan General και ΙΑΣΩ

ΠΑΤΣΕΑ ΕΛΕΝΗ

Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου Νοσοκομείου Metropolitan General

ΠΑΥΛΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

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

ΠΑΥΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Χειρουργός Μαστού, Επιμελητής Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΠΕΤΕΙΝΕΛΗ ΕΦΗ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας ΙΑΣΩ

ΠΟΥΛΟΥ ΛΟΥΚΙΑ

Ιατρός - Ακτινολόγος με εξειδίκευση στο Μαστό, Συνεργάτης Τμήματος Ιατρικών Απεικονίσεων ΙΑΣΩ

ΠΟΥΛΑΚΑΚΗ ΦΙΟΡΙΤΑ, MD, PhD, FEBS, CEBS

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

ΡΕΣ ΕΛΕΝΗ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμ. Α', Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς Άγιοι Ανάργυροι

ΡΗΓΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Γ' Παθολογικής - Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Υγεία

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

• ΛΙΣΤΑ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΣΧΟΛΙΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ

ΣΑΡΙΔΑΚΗ ΖΕΝΙΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος και Επιστημονικός Υπεύθυνος Ογκολογικού Τμήματος Ασκληπιός, Ηράκλειο, Κρήτη

ΣΓΟΥΡΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής ΙΑΣΩ Παίδων και ΙΑΣΩ Γενική Κλινική

ΣΚΑΡΛΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Ακτινοθεραπευτής - Ογκολόγος, Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Αν. Διευθυντής Κλινικής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΣΤΑΦΥΛΑ ΒΑΝΙΑ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Κλινικής Μαστού, ΡΕΑ

ΣΤΑΥΡΙΔΗ ΦΛΩΡΑ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθύντρια Δ' Παθολογικής - Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Υγεία

ΣΤΑΘΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΟΥΛΙΩ

Διευθύντρια, Χειρουργός Μαστού, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΤΡΙΧΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Ακτινοθεραπευτής, Επιστημονικός Συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Κλινικής ΙΑΣΩ

ΤΡΥΦΩΝΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Επιμελητής Α', Νοσοκομείο Άγιος Σάββας

ΤΣΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Βιοχημικός, Διευθύνων Σύμβουλος Genekor

ΦΑΛΙΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια Β' Κλινικής Μαστού, Νοσοκομείο Μπτέρα

ΦΛΕΣΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Γενικός Χειρουργός - Επιμελητής Α', Συνεργάτης Κέντρου Μαστού, ΓΝ Ιπποκράτειο Αθηνών

ΦΟΥΣΤΑΝΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Αν. Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής ΙΑΣΩ

ΦΩΣΤΗΡΑ ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ

Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια, Ερευνήτρια Γ', ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος, Συνεργάτης Β' Κλινικής Μαστού ΙΑΣΩ

ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Χειρουργός Μαστού, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος - Ογκολόγος, Διευθυντής Β' Ογκολογικής Κλινικής, Θεραπευτήριο Metropolitan

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ ΙΟΥΛΙΑ

Επεμβατική Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Αθήνα

ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολογοανατόμος, Κλινική ΙΑΣΩ

Ανώτερη Προγνωστική και Προβλεπτική Ικανότητα

Έμπιστα Εξατομικευμένα Αποτελέσματα



- Η μοναδική προγνωστική εξέταση που μπορεί να απαντήσει
 - αν η ασθενής σας μπορεί να αποφύγει με ασφάλεια τη χημειοθεραπεία
 - πόσο θα είναι το όφελος από τη χορήγηση χημειοθεραπείας
 - αν η ασθενής σας μπορεί να διακόψει την ενδοκρινική θεραπεία με ασφάλεια μετά τα 5 έτη
- Η μεγαλύτερη «αληθινή» ομάδα χαμηλού κινδύνου για την ασφαλή μείωση της χημειοθεραπείας
 - περισσότερο από το 70% των ασθενών με αρνητικά διηθημένους λεμφαδένες (N0)
 - έως 30% με 1-3 διηθημένους λεμφαδένες
- Γονιδιακή εξέταση 2ης γενεάς για ανώτερη προγνωστική δύναμη
- Μοναδικά επιλεγμένα γονίδια για την ακριβή αξιολόγηση του κινδύνου της πρώιμης και της απομακρυσμένης υποτροπής
- Μελέτες ορθά σχεδιασμένες με σταθερά δεδομένα του επιπέδου της τιμής διαχωρισμού (cut off) αλλά και των στοιχείων των εμπλεκόμενων ασθενών στις επιλεγμένες κοόρτες
- Διττό αποτέλεσμα κινδύνου (χαμηλού ή υψηλού)
- Ταχεία αποτελέσματα σε 2 ημέρες όταν εκτελείται σε τοπικά εργαστήρια

Το NICE του Ηνωμένου Βασιλείου συστήνει το EndoPredict

Η αξιολόγηση κατέδειξε ότι το EndoPredict είναι
κλινικά αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό

ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ
στις διεθνείς κατευθυντήριες
οδηγίες (NCCN, ASCO, ESMO,
St. Gallen, EGMT, AJCC, AGO)

ΕΠΙΚΥΡΩΘΗΚΕ
σε τέσσερις μεγάλης κλίμακας κλινικές
μελέτες με περισσότερους από 3,200 ασθενείς

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ
στην καθοδήγηση των θεραπευτικών
επιλογών σε περισσότερους από
50,000 ασθενείς
παγκοσμίως

Διαθέσιμο στην Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
για Προεμμηνοπαυσιακές & Μετεμμηνοπαυσιακές Γυναίκες, ER-θετικό, HER2-αρνητικό,
Μέγεθος: pT1-3, Στάδιο: 1-3, με Αρνητικούς ή Έως 3 Θετικούς Διηθημένους Λεμφαδένες

Αποκλειστική Αντιπρόσωπος για την Ελλάδα, την Κύπρο, την Σερβία και άλλες χώρες



Gene Analysis
Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 2
56123, Θεσσαλονίκη
info@geneanalysis.eu
+30 2311 211686
www.geneanalysis.eu



Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurich
Switzerland
www.myriadgenetics.eu
www.endopredict.eu

A large, stylized pink ribbon graphic, a symbol for breast cancer awareness, is positioned in the background. It is a continuous loop with a long tail extending to the left. The ribbon has a soft pink color with a slight gradient and a subtle shadow effect.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1

Συνδυαστικός Απεικονιστικός έλεγχος παθήσεων μαστού
Προεδρείο: Ιγνατιάδου Ε. - Κορωνάρχης Δ. - Λαζάρου Σ.

Ψηφιακή Τομοσύνθεση

Πέλλης Παπαδοπούλου

Ακτινολόγος - Τμήμα Απεικονίσεων Νοσοκομείου ΙΑΣΩ

Η ψηφιακή τομοσύνθεση θεωρείται η εξέλιξη της ψηφιακής μαστογραφίας και είναι η ψηφιακή μέθοδος απεικόνισης του μαστού σε τρεις διαστάσεις (3D). Απεικονίζει τον μαστό από πολλαπλές γωνίες (από 15ο έως 60ο) λόγω της τοξοειδούς κίνησης της θυκνίας, λαμβάνοντας πολλαπλές τομοσυνθετικές λήψεις πάχους 1mm οι οποίες ανασυντίθενται δημιουργώντας μια τρισδιάστατη απεικόνιση του μαστού.

Οι πρόσθετες πληροφορίες που παρέχει η τομοσύνθεση σε σχέση με την 2D ψηφιακή μαστογραφία, μειώνουν τα ψευδώς θετικά ευρήματα που οφείλονται σε επιπροβολές φυσιολογικών ινοαδενικών στοιχείων, επιτρέποντας έτσι την καλύτερη ανίχνευση μιας βλάβης, τον καλύτερο χαρακτηρισμό της κατά BIRADS λόγω της ευκρινέστερης απεικόνισης των ορίων και της παρυφής της και τον καλύτερο εντοπισμό της στον τρισδιάστατο χώρο του μαστού, επιτρέποντας καλύτερο προεγχειρητικό εντοπισμό.

Πολλαπλές μελέτες δείχνουν ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα από την ψηφιακή μαστογραφία με σημαντικά βελτιωμένη ευαισθησία, αύξηση του ποσοστού ανίχνευσης καρκίνου έως και 40% (κυρίως του διηθητικού), μείωση των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (κυρίως σε πυκνούς μαστούς όπου τα επιπρόβλημα ινοαδενικά στοιχεία «κρύβουν» τον καρκίνο) και συνεπώς μείωση των ενδιάμεσων καρκίνων.

Οι επιπλέον διηθητικοί καρκίνοι που ανιχνεύονται με την τομοσύνθεση είναι μικρότεροι, χαμηλότερου grade και έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Επίσης μειώνει σημαντικά τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα λόγω επιπροβολών και κατά συνέπεια το ποσοστό επανακλήσεων για συμπληρωματικές εξετάσεις (εντοπιστικές, μεγεθυντικές λήψεις, υπερηχογράφημα) οι οποίες είναι μια στρεσογόνα διαδικασία για τις γυναίκες, καθώς και το ποσοστό περιττών βιοψιών.

Η τομοσύνθεση είναι ανώτερη της ψηφιακής μαστογραφίας στην απεικόνιση των ασύμμετρων σκιάσεων και των διαταραχών της αρχιτεκτονικής, που είναι τα πλέον αμφίβοла ευρήματα, οφειλόμενα είτε σε επιπροβολές είτε σε πραγματικά ευρήματα τα οποία ευθύνονται κυρίως για τους ενδιάμεσους καρκίνους. Συνεπώς, παρά την συνολική μείωση του ποσοστού των επανακλήσεων, οδηγεί σε μικρή αύξηση του ποσοστού των επανακλήσεων και βιοψιών λόγω διαταραχής αρχιτεκτονικής, με θετική ωστόσο προγνωστική αξία της τάξεως του 26%.

Ένα από τα μειονεκτήματα της τομοσύνθεσης είναι η αύξηση του χρόνου μελέτης και γνωμάτευσης λόγω των πολλαπλών τομών, (ο οποίος όμως αντισταθμίζεται από το μειωμένο ποσοστό των επανακλήσεων και περαιτέρω εξετάσεων), καθώς και η επιπλέον δόση ακτινοβολίας.

Σήμερα όμως, με τους 2ης γενιάς τομοσυνθετικούς μαστογράφους, υπάρχει δυνατότητα μείωσης της δόσης ακτινοβολίας χρησιμοποιώντας τις ανασυνθετικές 2D λήψεις (C-View) οι οποίες προκύπτουν από την ανασύνθεση όλων των τομοσυνθετικών λήψεων, καταργώντας έτσι τη διενέργεια της κλασικής 2D ψηφιακής μαστογραφίας.

Οι C-View λήψεις προσφέρουν καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων των τομοσυνθετικών λήψεων, κυρίως των μικροαποτιτανώσεων, των διαταραχών αρχιτεκτονικής και των ασύμμετρων σκιάσεων.

Συμπερασματικά, η τομοσύνθεση τείνει να γίνει μέθοδος εκλογής της απεικόνισης του μαστού λόγω των βελτιωμένων αποτελεσμάτων, είτε σε επίπεδο screening, είτε διαγνωστικό, ειδικά στους πυκνούς μαστούς (κατηγορίας ACR C και D) αυξάνοντας τα ποσοστά ανίχνευσης καρκίνου και μειώνοντας τα ποσοστά των επανακλήσεων.



ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παπαντωνίου Πανδώρα, MD, MSc

Ιατρός Ακτινοδιαγνώστρια στο Τμήμα Μαστού του Νοσοκομείου ΙΑΣΩ

Παρόλο που η μαστογραφία είναι το gold standard για την απεικόνιση του καρκίνου του μαστού, λόγω των περιορισμών της στους πυκνούς μαστούς η ανάγκη συμπληρωματικών τεχνικών είναι αναγκαία. Η χρησιμότητα της υπερηχοτομογραφίας ως συμπληρωματικό εργαλείο είναι πλέον αναγνωρισμένη. Στη συνήθη κλινική πρακτική, η ταξινόμηση και η διαχείριση των βλαβών του μαστού εξαρτάται από την οπτική αξιολόγηση του ακτινολόγου, καθοδηγούμενη από τον άτλαντα BI-RADS. Παρά την καθοδήγηση το υπερηχογράφημα έχει χαμηλή ειδικότητα και χαμηλές θετικές προγνωστικές τιμές. Στην κλινική πράξη έχει επίσης αναφερθεί μεγάλη διακύμανση μεταξύ των ακτινολόγων για τη διαχείριση των βλαβών. Δεδομένων των παραπάνω, η έρευνα εστιάζει όλο και περισσότερο στη χρήση αυτοματοποιημένων συστημάτων υπερηχοτομογραφίας, στο συνδυασμό απεικονιστικών τεχνικών με τεχνικές fusion αλλά και στην τεχνητή νοημοσύνη (AI) ως εργαλείο ανίχνευσης, λήψης κλινικών αποφάσεων, διάγνωσης, χαρακτηρισμού και υποστήριξης της ροής εργασίας των ακτινολόγων.

Επιπλέον η χρήση σκιαγραφικών με την καθοδήγηση των υπερήχων είναι μία υποσχόμενη τεχνική κυρίως για την απεικόνιση του φρουρού λεμφαδένα στην προσπάθεια διατήρησης των αρνητικών λεμφαδένων στο χειρουργείο μαστού.

Την τελευταία δεκαετία η αυξανόμενη ηλικία γυναικών με καρκίνο μαστού απαιτεί ελάχιστα επεμβατικές θεραπείες για την διαχείριση μικρών καρκίνων σε ηλικιωμένες ασθενείς. Αυτές οι θεραπείες δεν υποκαθιστούν το χειρουργείο μαστού αλλά θα μπορούσαν να αποτελέσουν ριζικές θεραπείες για γυναίκες που δεν μπορούν να χειρουργηθούν ή σε ασθενείς που αρνούνται το χειρουργείο. Οι διαθέσιμες τεχνικές είναι cryoablation, radiofrequency ablation, microwave ablation, focused ultrasound and laser ablation σε συνδυασμό με ή χωρίς vacuum assisted βιοψία.

Μεγάλη τεχνολογική εξέλιξη στην υπερηχογραφική απεικόνιση του μαστού αναμένεται την επόμενη δεκαετία τόσο στη διάγνωση αλλά και στην αντιμετώπιση μικρών βλαβών.

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ GENE ANALYSIS

Προεδρείο: Κοντός Μ. - Λύπας Γ.

EndoPredict - a 2nd generation gene expression test

Ρηγάκος Γεώργιος

Παθολόγος Ογκολόγος, Επιμελητής Γ' Παθολογικής - Ογκολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Υγεία

Το EndoPredict είναι ένα προγνωστικό και προγνωστικό τεστ γονιδιακής έκφρασης δεύτερης γενιάς για ασθενείς με καρκίνο του μαστού ER+, HER2 πρώιμου σταδίου είτε με αρνητικούς είτε με θετικούς λεμφαδένες.

Σε αντίθεση με τις προγνωστικές δοκιμασίες έκφρασης πολλών γονιδίων πρώτης γενιάς, το EndoPredict ενσωματώνει ένα μοριακό σκορ 12 γονιδίων με γνωστούς προγνωστικούς παράγοντες (μέγεθος όγκου και λεμφαδενικό status) ώστε να διαμορφώνεται ως τελικό αποτέλεσμα της εξέτασης το EPclin Risk Score, το οποίο παρέχει μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ από τη μοριακή υπογραφή ή από μόνο τους κλινικούς παράγοντες. Η συμπερίληψη γονιδίων που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό και τους ορμονικούς υποδοχείς οδηγεί σε ακριβή εκτίμηση του κινδύνου για πρώιμη και καθυστερημένη υποτροπή. Επιπλέον η εξέταση μπορεί να πραγματοποιηθεί στο τοπικό εργαστήριο παθολογίας χρησιμοποιώντας ιστό από βιοψία ή χειρουργικό δείγμα.

Το EndoPredict έχει επικυρωθεί σε πέντε προοπτικές και αναδρομικές μελέτες σε πάνω από 3500 ασθενείς μετά και μετά την εμμηνοπαυση με αρνητικούς και θετικούς λεμφαδένες. Έδειξε με συνέπεια την ικανότητα πρόβλεψης του κινδύνου υποτροπής σε πολλαπλές χρονικές περιόδους: 0-5, 5-10 και 5-15 ετών και την δυνατότητα εντοπισμού μιας ομάδας ασθενών με τόσο χαμηλό κίνδυνο που θα μπορούσαν να παραλείψουν με ασφάλεια τη χημειοθεραπεία.



Επίσης σε μελέτη με 3746 ασθενείς το EndoPredict είχε θετική προβλεπτική αξία για το το όφελος της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με ψηλό EPclin score.

Σε σύγκριση με άλλες δοκιμές γονιδιακής έκφρασης, το EPclin Risk Score έδειξε την ισχυρότερη προγνωστική ισχύ στα έτη 0-10 και έτη 5-10. Προσδιόρισε τους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο του μαστού με αρνητικούς λεμφαδένες ως χαμηλού κινδύνου (72,6%) με ποσοστό απομακρυσμένης υποτροπής 6,6% μετά από 10 χρόνια. Σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες, το EndoPredict ήταν μία από τις δύο υπογραφές που εντόπισαν ασθενείς χαμηλού κινδύνου με λιγότερο από 10% κίνδυνο μακρινής υποτροπής.

Αρκετές μελέτες που ερευνούσαν το ενδεχόμενο αλλαγή απόφασης με χρήση γονιδιακών υπογραφών έδειξαν αλλαγή στις αποφάσεις χημειοθεραπείας από το EndoPredict από 17% έως 43% των περιπτώσεων με σημαντική μείωση της χρήσης χημειοθεραπείας. Δεδομένα προοπτικών μελετών σε πραγματικές συνθήκες επιβεβαίωσαν ότι το EndoPredict μπορεί να εντοπίσει με ασφάλεια ασθενείς χαμηλού κινδύνου που ενδέχεται να μην χρειάζονται επικουρική χημειοθεραπεία.

Εν κατακλείδι, το EndoPredict είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την υποστήριξη των θεραπευτικών αποφάσεων για τον ER+, HER2 καρκίνο του μαστού.

ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Dense breast, the value of MRI.

Λουκία Πούλου

Ακτινοδιαγνώστης, Συνεργάτης του Τμήματος Απεικονίσενω και Επεμβατικής Ακτινολογίας του Νοσοκομείου ΙΑΣΩ.

Σκοπός:

Σ ανάδειξη της χρησιμότητας της μαγνητικής τομογραφίας ως μεθόδου ελέγχου μαστών με αυξημένη πυκνότητα και τα αυξημένα ποσοστά ανάδειξης καρκίνου σε αυτού του είδους μαστούς σε σύγκριση με τον απλό μαστογραφικό έλεγχο.

Αποτελέσματα:

Η μελέτη DENSE πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς στην Ολλανδία. Όλες οι ασθενείς είχαν εξαιρετικά πυκνούς μαστούς (ACR D). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, μια ομάδα που πραγματοποίησε στα πλαίσια του προσυμπτωματικού ελέγχου μόνο μαστογραφία και στις ασθενείς που υποβλήθηκαν και σε μαγνητική τομογραφία. Αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης όπου αναδείχθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά ανίχνευσης καρκίνου. Αναλύονται επίσης και τα αποτελέσματα της παρακολούθησης των ασθενών καθώς και τα ποσοστά ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων.

Συμπέρασμα:

Αναδεικνύεται υπεροχή της μαγνητικής τομογραφίας μαστών σαν εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου σε ασθενείς με εξαιρετικά πυκνούς μαστούς. Ιδιαίτερα αναδεικνύεται η ανάγκη για μια περισσότερο προσωποποιημένη στρατηγική ελέγχου των γυναικών αναλόγως των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους και κυρίως του υπολογιστικού του κινδύνου εμφάνισης μαστών ξεχωριστά σε κάθε μια εξ αυτών.

**ΔΙΑΛΕΞΗ****Προεδρείο: Ξεπαπαδάκης Γ. - Μπουκοβίνας Ι.****Καρκίνος μαστού στις ηλικιωμένες. Έχουν τις ίδιες ευκαιρίες με τις νέες; Μαρκόπουλος Χρήστος, MD, MPhil, PhD, FEBS, CEBS**

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών - ΕΚΠΑ

Πρόεδρος Ευρωπαϊκού Τμήματος Χειρουργικής Μαστού της UEMS

Πρόεδρος Ευρωπαϊκών εξετάσεων UEMS - EBSQ Χειρουργικής Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος κακοήθης όγκος στις γυναίκες παγκοσμίως και καθώς η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας, πάνω από το 40% των νέων περιπτώσεων διαγιγνώσκονται πλέον σε γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών.

Ωστόσο, οι ηλικιωμένες ασθενείς συχνά δεν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο συγκριτικά με τις νεότερες ασθενείς και η αυξημένη ηλικία κατά τη διάγνωση οδηγεί σε απόκλιση από τις κατευθυντήριες γραμμές αντιμετώπισης για όλες τις μεθόδους θεραπείας. Η τεκμηριωμένη ιατρική σε ηλικιωμένες ασθενείς λείπει, καθώς ασθενείς άνω των 70-75 ετών συνήθως αποκλείονται από τις κλινικές μελέτες λόγω των συγχρόνως υφιστάμενων άλλων νοσημάτων αλλά και του περιορισμένου προσδόκιμου ζωής. Κατά συνέπεια, στον ηλικιωμένο πληθυσμό των γυναικών, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος θανάτου από άλλες αιτίες εκτός από τον καρκίνο του μαστού τους, σε σύγκριση με τις νεότερες ασθενείς και αυτό μπορεί να οδήγησε στην εσφαλμένη εντύπωση ότι η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού σε ηλικιωμένες ασθενείς είναι σχετικά καλή. Αυτό όμως δεν ισχύει, διότι τα στοιχεία μας δείχνουν ότι ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο μαστού που δεν έχουν συνυπάρχοντα άλλα προβλήματα υγείας, τελικώς εμφανίζουν χειρότερη πορεία της νόσου συγκριτικά με νεώτερες ασθενείς με τις ίδιες παραμέτρους.

Γι αυτό το λόγο, είναι σημαντικό σε ηλικιωμένες ασθενείς με καρκίνο του μαστού να αξιολογούνται όλες οι μέθοδοι αντιμετώπισης της νόσου κατά τη διάρκεια της λήψης θεραπευτικών αποφάσεων. Η συνδυασμένη θεραπεία δεν πρέπει να αποκλείεται συστηματικά, καθώς τα δεδομένα δείχνουν ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αυξάνει με την ηλικία, πιθανώς λόγω υπο-θεραπείας. Οι προγνωστικοί δείκτες, η φυσική κατάσταση και η συννοσηρότητα και όχι η χρονολογική ηλικία θα πρέπει να καθορίζουν τη βέλτιστη, εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Τα στοιχεία της νόσου και της ασθενούς θα πρέπει να συζητούνται σε διεπιστημονικό περιβάλλον, ιδανικά σε συνδυασμό με οποιαδήποτε μορφή γηριατρικής αξιολόγησης, για τη βελτίωση της έκβασης του καρκίνου του μαστού στον ηλικιωμένο πληθυσμό.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**Αποκλιμάκωση της χειρουργικής στο καρκίνο μαστού.****Προεδρείο: Κοντός Μ. – Αρκαδόπουλος Ν. - Μιχαλόπουλος Ν.****ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΦΡΟΥΡΟΣ ΚΑΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ****Λανίτης Σοφοκλής**

Διευθυντής, Β' Χειρουργική Κλινική « Κοργιαλλένειο Μπενάκειο. Ε.Ε.Σ»

Από το 1894 που η Ριζική μαστεκτομή σηματοδότησε την νεότερη ιστορία της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού υπήρξε μια συνεχής προσπάθεια αποκλιμάκωσης τόσο της χειρουργικής του πρωτοπαθή όγκου όσο και της χειρουργικής της μασχάλης. Περάσαμε σε λιγότερο ριζικές επεμβάσεις και καταφέραμε σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών να διατηρούμε τελικά τον μαστό χωρίς να επηρεάζεται η ογκολογική ασφάλεια. Παράλληλα οι μαστεκτομές έγιναν πιο συντηρητικές και σε συνδυασμό με μεθόδους αποκατάστασης οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Παρόλα αυτά για 100 περίπου χρόνια ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης (ΛΚΜ) αποτελούσε την μοναδική επιλογή των ασθενών οδηγώντας ένα ποσοστό 70-75% των ασθενών με κλινικά αρνητική μασχάλη σε αχρείαστη νοσηρότητα. Η βιοψία φρουρού λεμφαδένα (SLNB) ήταν ο τρόπος που μπορέσαμε ασφαλώς και με επιτυχία να αναγνωρίσουμε τους ασθενείς που δεν έχρηζαν ΛΚΜ και να τους προστατεύσουμε από τις σχετιζόμενες επιπλοκές. Σήμερα ένα 30-40% των ασθενών με πρώιμο καρκίνο μαστού οδηγούνται σε μαστεκτομή και η πλειονότητα (70-75%) των ασθενών με κλινικά αρνητική μασχάλη (cNO) με ασφάλεια δεν υποβάλλεται σε ΛΚΜ. Βάσει των αποτελεσμάτων



μελετών, από το 2013 και έπειτα, ασθενείς με μικρομεταστάσεις και μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα στον φρουρό λεμφαδένα επίσης μπορούν να αποφύγουν με ασφάλεια τον ΛΚΜ ενώ η μελέτη AMAROS το 2014 έδειξε ότι σε ασθενείς με 1-2 θετικούς λεμφαδένες η ακτινοβολία της μασχάλης αποτελεί μια ασφαλή εναλλακτική του ΛΚΜ με λιγότερη νοσηρότητα. Μελέτες για το αν μπορούμε να αποφύγουμε εξολοκλήρου τους χειρισμούς στην μασχάλη σε ασθενείς με χαμηλό ογκολογικό φορτίο στην SLNB βρίσκονται σε εξέλιξη.

Με την ευρεία χρήση της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας (NAC) κατόπιν των αποτελεσμάτων της create X και της KATHERINE παρατηρήσαμε ότι ένα ποσοστό 40-75% των ασθενών τελικά είχε αρνητική μασχάλη μετά την NAC και η προσπάθεια μας είναι να βρούμε τρόπους να αποκλιμακώσουμε την χειρουργική της μασχάλης και σε αυτούς τους ασθενείς. Για ασθενείς με αρχικά cN0 έχει αποδειχθεί ότι η SLNB μπορεί να ακολουθήσει την NAC και εάν είναι αρνητικός να αποφευχθεί ο ΛΚΜ με ασφάλεια. Σε ασθενείς με κλινικά θετική μασχάλη (cN1) που μετά από NAC μετατρέπονται σε cN0 η εκτίμηση της μασχάλης θα πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένες προϋποθέσεις καθώς η SLNB σχετίζεται με υψηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών ευρημάτων. Ο χειρισμός των ασθενών με αρνητικό φρουρό είναι αντικείμενο μελέτης εργασιών που τρέχουν. Προς το παρόν εάν δεν γίνει ΛΚΜ θα πρέπει να συμπληρώνεται η θεραπεία με ακτινοβολία και της μασχάλης σε αυτούς τους ασθενείς. Προς το παρόν σε κάθε περίπτωση, οποιοδήποτε ογκολογικό φορτίο στον φρουρό λεμφαδένα μετά από NAC θα πρέπει να οδηγεί σε ΛΚΜ. Σίγουρα έχουμε πετύχει μια σημαντική αποκλιμάκωση στην χειρουργική της μασχάλης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μαστεκτομή και βρισκόμαστε στον δρόμο για περεταίρω αποκλιμάκωση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4

Νεο-επικουρική Συστηματική Θεραπεία:

Προεδρείο: Βενιζέλος Β. - Λινάρδου Ε. - Κουμαριανού Α.

ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΟ-ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΚΑΡΛΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Ακτινοθεραπευτής – Ογκολόγος, Διδάκτωρ Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Αν/τής Δ/ντής Κλινικής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Νοσοκομείο Metropolitan

Γιατί να χορηγήσουμε Neo-Adjuvant συστηματική θεραπεία;

Για να βελτιώσουμε το χειρουργικό αποτέλεσμα (να μετατρέψουμε τον όγκο από ανεγχείρητο σε εξαιρεσιμό ή/και να διατηρήσουμε τον μαστό)

Για να γνωρίζουμε την αποτελεσματικότητα της συστηματικής θεραπείας με σκοπό να δώσουμε περισσότερη θεραπεία σε όγκους που δεν έχουν ανταποκριθεί ή λιγότερη θεραπεία στους όγκους που έχουν μεγαλύτερη ανταπόκριση (Βιολογία όγκου)

Για να μπορέσουμε ενδεχομένως να αποφύγουμε την ακτινοβόληση των επιχώριων λεμφαδένων όταν οι λεμφαδένες αρνητικοποιούνται μετά από την συστηματική νεοεπικουρική χημειοθεραπεία (αναμένουμε τα αποτελέσματα της NSABP B-51)

Τεκμηριωμένα η νεοεπικουρική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού άρχισε να χορηγείται την δεκαετία του 90.

Τυχαίοποιημένες μελέτες φάσης III όπως οι NSABP-B18, B27 και άλλες, υποδεικνύουν ότι η νεοεπικουρική θεραπεία έχει σαν αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης: clinical response rates (>80%) & complete pathologic response rates (>25%).

Επίσης φαίνεται από μεταanalύσεις των μελετών αυτών ότι η pCR σχετίζεται με καλύτερα ποσοστά DFS & OS (Cortazar et al, Lancet 2014).

Παρόλα αυτά σε όλες τις μελέτες το OS και το DFS παραμένει το ίδιο είτε κάνεις επικουρική είτε νεοεπικουρική θεραπεία.



Η κλινική απόφαση του Ακτινοθεραπευτή Ογκολόγου στο NeoAdjuvant Setting πρέπει να στηρίζεται στην καλή σταδιοποίηση του μαστού και της μασχάλης πριν από οποιοδήποτε θεραπευτικό χειρισμό. Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τον κίνδυνο LRR μετά από NAC & χειρουργείο και πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του ο Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος βασίζονται σε αναδρομικά δεδομένα.

Παράγοντες κινδύνου:

ypN+ [Cortazar et al. 2014, Nagar et al. 2011]
cN+ [Mamounas et al. 2012]
High-grade disease [Nagar et al. 2011]
Age up to 40 [Garg et al. 2004]
At least four nodes at surgery [Garg et al. 2004]
Triple negative status [Huang et al. 2005; Wright et al. 2013]
cT3N0 disease [Garg et al. 2004, Nagar et al. 2011]

Ενδείξεις Ακτινοθεραπείας μετά από νεοεπικουρική θεραπεία

Ουγκετομή:

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν ακτινοβολία στον μαστό +/- στους επιχώριους λεμφαδένες

Μαστεκτομή:

Η πλειοψηφία των ασθενών πρέπει να λαμβάνει ακτινοθεραπεία με ακτινοβόληση και των επιχώριων λεμφαδένων

Practice Variability in Regional Nodal RT

Variability in Nodal RT for Complete Responders (NSABP B-51)

Variability in Internal Mammary Nodal RT (Radcomp Trial)

Variability in Axillary RT for Sentinel Node Only Node positive or Node Negative (Alliance)

Variability in Axillary RT for Complete Dissection Depending on:

Extent of Dissection

Axillary Burden

Institutional and Training Biases

Συμπεράσματα για την ακτινοβόληση των επιχώριων λεμφαδένων (έσω μαστικών και υπερκλείδιων) μετά από νεοεπικουρική (neoadjuvant) χημειοθεραπεία

Clinical cN0 / yp N0	→	παρακολούθηση
Clinical cN+ / ypN+	→	Ακτινοβόληση των επιχώριων λεμφαδένων
Clinical cN2-3 / ypN0	→	Ακτινοβόληση των επιχώριων λεμφαδένων
Clinical cN1 / ypN0	→	Ακτινοβόληση των επιχώριων λεμφαδένων στις περισσότερες
NRG B51 trial	→	Παρακολούθηση: Κλινικά μικρός όγκος, ypT0, ypT1, Luminal, μεγαλύτερες ηλικίες

Αναμένουμε 4 σημαντικές τυχαιοποιημένες μελέτες που θα μας αλλιάξουν την κλινική μας πρακτική

NRG B51 - Elimination of PMRT/Regional Nodal RT in responders

Alliance A 11202 - Axillary Dissection vs Radiation in Sentinel Node Positive

Alliance A22105 - Hypofractionation with PMRT and Reconstruction

RADCOMP - Proton Beam

Η νεοεπικουρική θεραπεία ήρθε για να μείνει!



ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ MD, PhD,

Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθύντρια Γ' Ογκολογικής Κλινικής ΙΑΣΩ

Μια από τις βασικές αιτίες που επιπλέκουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας μας είναι η σημαντική ετερογένεια που χαρακτηρίζει τον καρκίνο του μαστού. Αυτή μπορεί να παρατηρηθεί ανάμεσα σε διαφορετικούς ασθενείς, ανάμεσα στον πρωτοπαθή όγκο και τις σύγχρονες ή ετερόχρονες διαφορετικές μεταστατικές εστίες αλλά και μέσα στον ίδιο τον όγκο αυτόν κάθε αυτό. Στην περίπτωση της ενδο-ογκικής ετερογένειας, ο ίδιος ο όγκος αποτελείται από διαφορετικούς φαινοτυπικά κυτταρικούς πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, κατά τη διαδικασία της ταυτοποίησης του υποτύπου του καρκίνου του μαστού δια μέσου της βιοψίας, το δείγμα του όγκου που αφαιρείται δεν αντιπροσωπεύει πάντα τη συνολική φαινοτυπική του σύσταση και επομένως δεν δύναται να καθορίσει πλήρως τη βέλτιστη θεραπευτική στρατηγική. Ο ανοσοισοτιστοχημικός χαρακτηρισμός και η έκταση της υπολειπόμενης νόσου μετά από την καθιερωμένη προεγχειρητική θεραπεία μας βοηθά σημαντικά να προσαρμόσουμε την επικουρική μας θεραπεία στοχεύοντας πιο αποτελεσματικά στους ανθεκτικούς κλώνους που απομονώνουμε.

Τυχαιοποιημένες μελέτες καταδεικνύουν παρόμοια μακροπρόθεσμα αποτελέσματα επιβίωσης όταν οι ασθενείς λαμβάνουν την ίδια χημειοθεραπεία είτε προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά. Κατά συνέπεια, τα σχήματα χημειοθεραπείας που συνιστώνται ως επικουρική θεραπεία είναι τα ίδια που χορηγούνται και προεγχειρητικά.

Επιπλέον, η παθολογοανατομική πλήρης ανταπόκριση (pCR) στην προεγχειρητική συστηματική θεραπεία σχετίζεται με εξαιρετικά ευνοϊκή ελεύθερη νόσου και συνολική επιβίωση, ιδιαίτερα όταν όλη η θεραπεία χορηγείται προεγχειρητικά, παρέχοντας έτσι μία ιδιαίτερα σημαντική προγνωστική πληροφορία. Η συσχέτιση μεταξύ της παθολογοανατομικής ανταπόκρισης και της μακροπρόθεσμης έκβασης είναι ισχυρότερη για τον τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού (TNBC), κάπως λιγότερο ισχυρή για τη HER2 θετική νόσο και ακόμη λιγότερο για την ορμονοεξαρτώμενη (ER+/HER2-) νόσο. Η προεγχειρητική ενδοκρινική θεραπεία είναι μία δόκιμη επιλογή σε ασθενείς με ER θετική νόσο με σημαντική συννοσηρότητα, χαμηλό φορτίο νόσου ή luminal A - like βιολογία νόσου με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά ή/και τις γονιδιωματικές υπογραφές.

Δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι υποψήφιοι για προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Εν τούτοις, ασθενείς με HER2 θετικούς και τριπλά αρνητικούς όγκους ($\geq pT2$ ή $\geq pN1$), είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται με προεγχειρητική συστηματική θεραπεία, αφού η μετεγχειρητική συστηματική θεραπεία μπορεί να τροποποιηθεί προς όφελος της επιβίωσης των ασθενών, ανάλογα με το εάν έχει επιτευχθεί ή όχι παθολογοανατομική πλήρης ύφεση. Στην HER2 θετική νόσο, η προεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει trastuzumab και pertuzumab (σε ασθενείς με $\geq pT2$ ή $\geq pN1$), ενώ η επικουρική θεραπεία αλλάζει σε TDM-1 (trastuzumab emtansine) όταν διαπιστώνεται υπολειπόμενη νόσος μετά την ολοκλήρωση της προεγχειρητικής θεραπείας. Αντίστοιχα στον τριπλά αρνητικό καρκίνο του μαστού φαίνεται ότι η προσθήκη carboplatin και ανοσοθεραπείας στην προεγχειρητική χημειοθεραπεία αυξάνει τα ποσοστά pCR αλλά και EFS, ενώ η παρουσία υπολειπόμενης νόσου αντιμετωπίζεται με χορήγηση capecitabine επικουρικά ή /και με συνέχιση επικουρικής ανοσοθεραπείας ή χορήγησης Olaparib σε ασθενείς με γαμετικές BRCA1/2 μεταλλάξεις. Επικουρική χορήγηση Olaparib σε ασθενείς με γαμετικές BRCA1/2 μεταλλάξεις ωφελεί και τους ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενη νόσο και υψηλό κίνδυνο υποτροπής, ανεξαρτήτως από το εάν έχουν λάβει επικουρική ή προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Τέλος, ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για υποτροπή ER θετικούς όγκους και σημαντική υπολειπόμενη νόσο δύνανται να ωφεληθούν από την εντατικοποίηση της ενδοκρινικής θεραπείας (προσθήκη abemaciclib, LHRH ανάλογου σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες) ή και την χορήγηση capecitabine επικουρικά.



Η ακριβής κλινική σταδιοποίηση πριν από την έναρξη της προεγχειρητικής συστηματικής θεραπείας είναι κρίσιμης σημασίας, αφού καθορίζει τόσο την βασική χειρουργική επέμβαση, όσο και τη μετεγχειρητική συστηματική θεραπεία αλλά και την επικουρική τοπικοπεριοχική ακτινοθεραπεία. Σε αυτή περιλαμβάνεται η σήμανση και αξιολόγηση του μεγέθους και των εστιών του όγκου αλλά και η διερεύνηση των πιθανών παθολογικών μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η ανταπόκριση του όγκου θα πρέπει να αξιολογείται περιοδικά με τακτική κλινική εξέταση και απεικονιστικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια χορήγησης της προεγχειρητικής θεραπείας. Προτιμάται το προγραμματισμένο σχήμα χημειοθεραπείας να ολοκληρώνεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Εάν δεν ολοκληρωθεί όλη η επιδιωκόμενη θεραπεία πριν από τη χειρουργική επέμβαση, η υπόλοιπη θεραπεία πρέπει να χορηγηθεί επικουρικά. Σε ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού που εμφανίζουν εξέλιξη της νόσου κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής συστηματικής θεραπείας μπορεί να χορηγηθεί ένα εναλλακτικό χημειοθεραπευτικό σχήμα ή να προχωρήσουν σε χειρουργική επέμβαση εφ' όσον ο όγκος κρίνεται εξαιρεσιμος. Οι αρχές της τοπικοπεριοχικής θεραπείας θα πρέπει να εφαρμόζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και στους ασθενείς που υποβάλλονται σε επικουρική συστηματική θεραπεία.

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6**

Θεραπευτικές Εξελίξεις στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού
Προεδρείο: Παπαδημητρίου Χ. - Μπαφαλούκος Δ. - Γαλήνη Ε.

ΠΩΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΕΤΑΙ Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ ΣΤΟΝ ER+ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΥΡΟΣ

Παθολόγος Ογκολόγος Ιατρικό Κέντρο Παλαιού Φαλήρου

Ο ορμονοευαίσθητος καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει περίπου ένα 80% των ασθενών. Εδώ και δεκαετίες χρησιμοποιούμε την ορμονοθεραπεία για να βελτιώσουμε το θεραπευτικό αποτέλεσμα για τις ασθενείς μας. Στην εποχή της μοριακά στοχευμένης ογκολογίας ανακαλύφθηκαν διάφορα μονοπάτια που ενεργοποιούνται στο κύτταρο και προσδίδουν αντοχή στην ορμονοθεραπεία. Στοχεύοντας αυτά τα μονοπάτια της αντίστασης με μοριακά στοχευμένα φάρμακα κατάφεραμε να προσδώσουμε νέες ελπίδες στις ασθενείς με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8**Αποκατάσταση Μαστού**

Προεδρείο: Φουστάνος Α. – Κουφουδάκης Δ. – Μαργκουδάκης Ε.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**ΚΑΡΑΧΟΝΤΖΙΤΗ Δ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

Ογκολόγος Ακτινοθεραπεύτρια Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Η χειρουργική διατήρησης του μαστού που συνοδεύεται από Ακτινοθεραπεία, προσφέρει έλεγχο των τοπικοπεριοχικών υποτροπών, αυξάνει την συνολική επιβίωση και δεν υστερεί σε σύγκριση με την μαστεκτομή.

Σε λίγες γυναίκες που θα νοσήσουν από καρκίνο του μαστού η μαστεκτομή μπορεί να αποτελέσει αναγκαία θεραπευτική προσέγγιση. Για αυτές η άμεση αποκατάσταση με μόνιμο ένθεμα (διατατήρας / ένθεμα) μπορεί να καλύψει το αισθητικό μειονέκτημα.

Για τις ασθενείς που θα χρειαστεί να λάβουν Ακτινοθεραπεία μετά από άμεση αποκατάσταση η ιδανική αλληλουχία πλαστικής αποκατάστασης και Ακτινοθεραπείας αποτελεί αμφιλεγόμενο θέμα.

Σε άμεση αποκατάσταση δεν μπορούν να υποβληθούν γυναίκες με φλεγμονώδη καρκίνο, αυτές που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής και όσες πρέπει άμεσα να υποβληθούν σε Ακτινοθεραπεία. Σχετική αντένδειξη αποτελεί επίσης η παχυσαρκία, ο Σ.Δ, υπέρταση, ανοσολογικά προβλήματα κτλ.

Η μετανάδυση μελετών που αφορούν την άμεση αποκατάσταση και την μετεγχειρητική Ακτινοθεραπεία ελέγχουν το ρόλο της Ακτινοθεραπείας σε :

1. τοπικές υποτροπές .
2. λοίμωξη ,φλεγμονή ,ίνωση και νέκρωση των ιστών.
- 3.συστολή της κάψας , μετακίνηση του ενθέματος και χειρουργική αποκατάσταση..
- 4.αν επηρεάζεται το αισθητικό αποτέλεσμα.

Φαίνεται πως όταν χρειάζεται να λάβουν Ακτινοθεραπεία οι ασθενείς μετά από άμεση αποκατάσταση με μόνιμο ένθεμα αυτό αποτελεί πρόβλημα γιατί :

_Αυξάνεται το ποσοστό των παρενεργειών.

_Η τοποθέτηση ενθεμάτων πριν από την Ακτινοθεραπεία μπορεί να επιφέρει συστολή της κάψας, μετακίνηση του ενθέματος , μέτριο αισθητικό αποτέλεσμα.

_Αυξάνεται ο κίνδυνος στυχούς έκβασης τελικού αισθητικού αποτελέσματος.

Ο συνδυασμός Ακτινοθεραπείας και αποκατάστασης μπορεί να έχει αρνητικό επίπτωση στον έλεγχο των τοπικών υποτροπών.



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ N1 ΝΟΣΟ

ΜΠΑΛΑΦΟΥΤΑ ΜΥΡΣΙΝΗ

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής
Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Η Ακτινοθεραπεία (ΑΚΘ) μετά μαστεκτομή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην πρόληψη τοπικοπεριοχικής υποτροπής σε ασθενείς με 1-3 θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και παράγοντες υψηλού κινδύνου. Όμως δεν απαιτείται σε όλους τους ασθενείς με 1-3 θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και χαμηλού κινδύνου υποτροπής.

Άρα απαιτείται κλινική κρίση! Πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν παράγοντες μείωσης της τοπικής υποτροπής, χρήση στρατηγικής «risk- adaptive strategy» σαν οδηγό για την ΑΚΘ μετά την μαστεκτομή, και ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ όπου θα λαμβάνεται η τελική απόφαση. Αυτή η στρατηγική προσαρμογής ρίσκου περιλαμβάνει την ηλικία της ασθενούς, το προσδόκιμο ζωής και τους παράγοντες που το επηρεάζουν, το μέγεθος του όγκου, το βαθμό διαφοροποίησης, την ύπαρξη καρκινικών εμβόλων, και τους βιοδείκτες και την ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων. Υπάρχει ένδειξη ΑΚΘ σε ασθενείς με στάδιο νόσου T1-2 και θετικό λεμφαδένα φρουρό που δεν έχει ακολουθήσει μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό και υπάρχουν και παράγοντες υψηλού κινδύνου. Επίσης ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και υπολειπόμενη νόσο μετά από neo-adjuvant Χημειοθεραπεία (ΧΜΘ). Για ασθενείς με κλινικά αρνητικούς μασχαλιαίους προ ΧΜΘ ή σε πλήρη ανταπόκριση της νόσου της μασχάλης μετά από neo adjuvant ΧΜΘ, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να προτείνουν ΑΚΘ μασχάλης, όμως υπάρχει η τάση να υποβάλλονται.

Αυτά προκύπτουν από μετα- ανάλυση σε 8135 ασθενείς σε 22 μελέτες και δημοσιεύτηκαν στο ASCO 2016.

Η τυχαίοποιημένη, πολυκεντρική μελέτη AMAROS απέδειξε η συμβολή της ΑΚΘ στην μασχάλη σε νόσο T1-2 με αψηλάφητους μασχ. λεμφαδένες, και θετικό λεμφαδένα φρουρό, είναι εξ ίσου αποτελεσματική -ως προς την τοπικοπεριοχική υποτροπή- με τον λεμφαδενικό καθαρισμό, υπερέχει όμως ως προς τα ποσοστά δημιουργίας λεμφοιδήματος. Οι τελευταίες δημοσιευμένες μελέτες ενισχύουν την άποψη αυτή, δηλαδή συνηγορούν υπέρ της ΑΚΘ μασχάλης σε ασθενείς με πρώιμο στάδιο νόσου και θετικό λεμφαδένα φρουρό. Οι σύγχρονες τεχνικές ΑΚΘ (3D conformal, IMRT Vmat, BHRT) έχουν μειώσει εξαιρετικά την δημιουργία λεμφοιδήματος άκρου και έχουν βοηθήσει στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΕΠΙΤΑΧΥΝΟΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΠΡΩΙΜΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΤΡΙΧΑΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Ακτινοθεραπευτής, Επιστημονικός συνεργάτης Κέντρου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Νοσοκομείο ΙΑΣΩ

Στην κλινική πράξη της ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας είναι μεγάλο το επιστημονικό ενδιαφέρον για τον καθορισμό της βέλτιστης κατανομής της δόσης ακτινοθεραπείας ώστε να εξασφαλιστεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα με την αποδοτικότερη προστασία των υγιών ιστών αλλά και την ελαχιστοποίηση των μακροπρόθεσμων ανεπιθύμητων ενεργειών. Στον καρκίνο του μαστού, οι μελέτες STAR pilot, A and B άνοιξαν το δρόμο προς τα υποκλασματοποιημένα σχήματα χαμηλότερης συνολικής δόσης σε σχέση με την κλασσική χορήγηση 50 Gy/25fr. Ανέδειξαν την υπεροχή του ακτινοθεραπευτικού σχήματος των 40 Gy/15fr με 2.67Gy ημερήσια δόση ως προς το πλάνο των 50Gy/25fr με 2Gy ημερήσια δόση, όσον αφορά στην επίδραση της ακτινοθεραπείας στους παρακείμενους υγιείς ιστούς με μικρότερη πιθανότητα ίνωσης, οιδήματος του μαστού και τηλαγγειεκτασίας. Όσον αφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, η DCBG HYPO μελέτη έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του ακτινοθεραπευτικού σχήματος των 40Gy/15fr με αυξημένη πιθανότητα τοπικής υποτροπής της νόσου. Έτσι, φαίνεται πως για το καρκίνο του μαστού ανεξαρτήτως βαθμού κακοήθειας με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες μετά από ογκεκτομή, τα υποκλασματοποιημένα ακτινοθεραπευτικά σχήματα είναι ασφαλή. Υποκλασματοποιημένες δόσεις έχουν δοκιμαστεί και μετά από μαστεκτομή σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού υψηλού κινδύνου, όπου το σχήμα υποκλασματοποιημένης δόσης είχε παρόμοια τοξικότητα με και δεν ήταν κατώτερο θεραπευτικά από τα κλασσικά σχήματα. Η πανδημία της COVID-19 κατέστησε αναγκαία την



εφαρμογή των υποκλασματοποιημένων θεραπευτικών πλάνων, με σκοπό να προστατέψει τις ασθενείς από το επιδημιολογικό φορτίο χωρίς να διακυβέυεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και να γίνεται καλύτερη διαχείριση του κλινικού φόρτου εργασίας. Η μελέτη FAST (2020) συγκρίνει τα εξής πλάνα: 50Gy/25fr (5 εβδομάδες), 30Gy/5fr (5 εβδομάδες), 28.5Gy/5fr (5 εβδομάδες) για τον πρώιμο καρκίνο του μαστού σε ηλικίες άνω των 50, με κύριο σκοπό την σύγκριση της εξωτερικής εικόνας των μαστών σε ετήσιο έλεγχο για 10 χρόνια follow-up. Σε γενικές γραμμές, μακρόχρονες ανεπιθύμητες ενέργειες σημειώθηκαν σπάνια, ενώ το ποσοστό τοπικής υποτροπής ήταν εξαιρετικά μικρό εξίσου και στα τρία σχήματα. Η FAST – forward μελέτη (2021), προτείνει εναλλακτικά ακτινοθεραπευτικά σχήματα 27Gy/5fr ή 26Gy/5fr, αμφότερα όχι κατώτερα θεραπευτικά από το σχήμα 40Gy/15fr για τον τοπικό έλεγχο της νόσου. Όσον αφορά στις μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες, η δόση 26Gy/5fr φαίνεται να είναι εξίσου συμβατή με τον παρακείμενο υγιή ιστό, όσο και στην 40Gy/15fr. Αυτή η υποκλασματοποίηση της δόσης σε 26Gy/5fr εφαρμόζεται ήδη στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει ισχυρή σύσταση για την ολική και τη μερική ακτινοβόληση του μαστού και μελετάται και σε ασθενείς με λεμφαδενική διήθηση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 10

Ιστολογική ταυτοποίηση – διαγνωστικοί προβληματισμοί
Προεδρείο: Παυλάκη Αικ.-Πατσέα Ε.

Η ΟΡΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

ΝΟΝΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Αναπλ. Καθ. Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η ιστολογική έκθεση για το καρκίνωμα του μαστού, θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά, που είναι σημαντικά για την κατανόηση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση της νόσου, ακολουθώντας, βέβαια, τα πρωτόκολλα και τις οδηγίες, που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), αλλά και από Ιατρικά Κολλέγια ή Ενώσεις [College of American Pathologists (CAP), Royal College of Pathologists, the American Joint Committee on Cancer (AJCC)].

Η χρήση τυποποιημένης και κοινής ορολογίας για το χαρακτηρισμό και την περιγραφή των καρκινωμάτων του μαστού, διηθητικών και μη, διασφαλίζει τη διαγνωστική συμφωνία και επικοινωνία μεταξύ των Παθολογοανατόμων, αλλά και των Παθολογοανατόμων με τους Κλινικούς Γιατρούς.

Θα αναφερθούν, διεξοδικά, οι όροι που χρησιμοποιούνται για τον ιστολογικό τύπο του καρκινώματος, την παρουσία πολλαπλών εστιών, την εκτίμηση του μεγέθους, την εκτίμηση του ιστολογικού βαθμού κακοήθειας (grade), το ενδοπορικό (in situ) καρκίνωμα, το in situ λοβιακό καρκίνωμα, την επέκταση του όγκου, τα όρια εκτομής, τη μεταστατική διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων, το παθολογοανατομικό στάδιο και το επίπεδο των βιοδεικτών. Επίσης, θα αναπτυχθεί η ορολογία, που αναφέρεται στα ευρήματα από το ιστολογικό παρασκεύασμα, μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.

FNA & CELL BLOCK

ΒΙΔΑΛΗ ΠΑΤΣΙΑΒΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Διευθύντρια Κυτταρολογικού Εργαστηρίου ΙΑΣΩ

Η κυτταρολογία μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά στη διάγνωση αλλοιώσεων του μαστού με δυο τρόπους:

- A) με την παρακέντηση με λεπτή βελόνη FNAC με ή χωρίς απεικονιστικό έλεγχο
- B) με το CELL BLOCK

A) Η FNAC μαζί με την ψηλάφηση και τη μαστογραφία αποτελεί απαραίτητη διαγνωστική εξέταση για τη διαλογή ασθενών, που θα προχωρήσουν στη συνέχεια σε core biopsy, χειρουργική επέμβαση ή απλώς θα συνεχίσουν την παρακολούθηση.



Η FNAC μαστού είναι μια μέθοδος με:
υψηλή ευαισθησία που κυμαίνεται από 80%-100%
υψηλή ειδικότητα που φτάνει στο 99%

Είναι καλή ανεκτή από τις ασθενείς γιατί δεν χρειάζεται νάρκωση και πονάει ελάχιστα. Επιπλέον έχει χαμηλό κόστος και παρέχει άμεση διάγνωση.

Η FNAC μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τις ασθενείς με επιβαρυσμένη κλινική κατάσταση, όπου δεν μπορεί να γίνει καμία άλλη επέμβαση για λήψη βιοψτικού υλικού.

Με την άμεση απάντηση της FNAC, σε συνδυασμό με το κλινικό στάδιο της νόσου μπορεί η ασθενής να ξεκινήσει άμεσα προεγχειρητική χημειοθεραπεία.

Β) Μία πρόσθετη τεχνική που χρησιμοποιούμε στο εργαστήριό μας είναι ο εγκλεισμός όλου του υλικού σε κύβο παραφίνης, το CELL BLOCK.

Με αυτόν τον τρόπο αξιοποιούμε όλο το υλικό της παρακέντησης, και αυξάνουμε την ευαισθησία της κυτταρολογικής εξέτασης συνολικά τουλάχιστον κατά 8%, σύμφωνα με κάποιες μελέτες.. Επιπλέον στο CELL BLOCK μπορούμε να εφαρμόσουμε ανοσοκυτταροχημικούς δείκτες, που μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για την βιολογική συμπεριφορά του όγκου, εφόσον πρόκειται για κακοήθεια.

Χρησιμοποιώντας τα αντισώματα ER, PR, c erbb2, Ki 67, είναι δυνατόν να καθοριστεί το θεραπευτικό σχήμα προεγχειρητικά, το οποίο αποτελεί μεγάλο πλεονέκτημα για την ασθενή. Πρέπει να αναφερθεί η αξία της παρακέντησης με λεπτή βελόνα FNAC σε όργανα εκτός του μαστού.

Έτσι μπορούμε να έχουμε πληροφορίες για την παρουσία μεταστάσεων στους λεμφαδένες και σε άλλα όργανα όπως στο δέρμα, στον υπεζωκότα, στο περιτόναιο, στο ήπαρ κλπ με αποτέλεσμα την πληρέστερη σταδιοποίηση της νόσου..

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΤΑΧΕΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολογοανατόμος, Κλινική ΙΑΣΩ

Η ταχεία βιοψία δίνει πληροφορίες στον χειρουργό, που τον βοηθούν να πάρει τις σωστές αποφάσεις στην εξέλιξη ενός χειρουργείου.

Στην Παθολογική Ανατομική, ταχεία βιοψία σημαίνει να παγώσεις τον ιστό σε πολλούς βαθμούς υπό το μηδέν, με σκοπό να πάρεις τομές από αυτόν και να δώσεις απάντηση, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι τομές αυτές, από άποψη ποιότητας δεν είναι καλές. Τα κύτταρα και οι πυρήνες φαίνονται μεγαλύτερα, αρκετά δε μορφολογικά χαρακτηριστικά των ιστών αλλοιώνονται, με αποτέλεσμα, αυτή η διαδικασία να αποδεικνύεται κάποιες φορές δύσκολη ή κάτι σαν παγίδα για τον παθολογοανατόμο.

Οι κύριοι λόγοι που χρησιμοποιούμε την ταχεία βιοψία είναι: 1) ο καθορισμός της φύσης μιας αλλοίωσης, δηλαδή αν είναι νεοπλασματική ή φλεγμονώδης-αντιδραστική, 2) ο έλεγχος των χειρουργικών ορίων εκτομής, 3) η ταυτοποίηση ενός ιστού, δηλαδή αν αυτός είναι μαστός, λίπος ή λεμφαδένας και 4) ο έλεγχος για μετάσταση σε λεμφαδένα.

Υπάρχουν όμως και περιορισμοί στην ταχεία βιοψία: 1) δεν ελέγχουμε αλλοιώσεις μη-ογκόμορφες (π.χ. αποστιτανώσεις, διαταραχή της αρχιτεκτονικής του μαστού), 2) δεν ελέγχουμε καλοήθεις αλλοιώσεις με μια ιδιαιτερότητα στην μορφολογία (π.χ. σκληρυντική αδένωση, θήλωμα, άτυπη επιθηλωση), 3) δεν ελέγχουμε λεμφαδένες, όταν δεν γνωρίζουμε την πρωτοπαθή εστία και 4) δεν ελέγχουμε φλεγμονώδη-κοκκιωματώδη-αγγειοβριθή ιστό και αλλοίωση που προέρχεται μετά από ακτινοθεραπεία.

Η διαγνωστική ακρίβεια της ταχείας βιοψίας κυμαίνεται από 94-98%, με εύρος 90-100%.

Εάν τόσο ο χειρουργός, όσο και ο παθολογοανατόμος κατανοήσουν καλά τις διαγνωστικές δυσκολίες αυτής της διαδικασίας, τότε, στην διάρκεια του χειρουργείου, μπορούν με σοφία να συνεργασθούν και να περιμένουν μία περισσότερη τεκμηριωμένη απάντηση, στην κανονική (μετά την μονιμοποίηση) εξέταση του αποσταθέντος στο εργαστήριο υλικού.



ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΟΡΙΑ

ΠΕΤΡΟΥΛΑ ΑΡΑΠΑΝΤΩΝΗ - ΔΑΔΙΩΤΗ MD, PhD

Παθολογοανατόμος, Διευθύντρια Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν

Κριτικής σημασίας: πλήρες παραπεμπτικό, καταγραφή κλινικών/απεικονιστικών δεδομένων, άμεση και σωστή μονιμοποίηση σε κατάλληλο περιέκτη με επαρκή ποσότητα φορμόλης.
Μονιμοποίηση για 6-72 ώρες.

Core Biopsy, VAB

Μέτρηση μεγέθους. Εξετάζεται εξ ολοκλήρου

Εξαίρεση τμήματος μαστού λόγω ψηλαφητής ή μαστογραφικής αλλοίωσης

Μέτρηση μεγέθους σε 3 διαστάσεις ή και βάρους

Ακτινογραφία παρασκευάσματος: σημαντική σε χειρουργικά παρασκευάσματα μερικής εκτομής επί παρουσίας μικροσποτιτανώσεων ή ακτινοσκιερής αλλοίωσης, για τον προσανατολισμό του παρασκευάσματος και την αξιολόγηση της πλήρους ή μη εξαίρεσης. Στέγνωμα επιφανείας, βαφή χειρουργικών ορίων, στέγνωμα και εμφάνιση σε διάλυμα οξικού οξέος.

Επί υπάρξεως ραμμάτων, clips ή μεταλλικού οδηγού καταγραφή τους, βάψιμο με διαφορετικά χρώματα-μελάνια επισημαίνοντας στην μακροσκοπική περιγραφή τις θέσεις λήψης των τομών για μικροσκόπηση και την αντιστοίχιση με την κλινική ένδειξη κυρίως των χειρουργικών ορίων π.χ.: άνω όριο μπλέ μελάνι κ.λ.π.

Χαρτογράφηση - σχεδιάγραμμα παρασκευάσματος και φωτογράφηση.

Οι τομές λαμβάνονται σε μονιμοποιημένο παρασκεύασμα εκτός εάν ζητηθεί διάγνωση Ταχείας Βιοψίας.

Λαμβάνονται παράλληλες εν σειρά τομές και καταγράφονται στο σχεδιάγραμμα με ενδείξεις προέλευσής τους.

Επιλεγμένες τομές, εγκλείονται σε κύβους παραφίνης από όλο το παρασκεύασμα ή εάν δεν είναι εφικτό αρχικά τουλάχιστον 3 τομές από την ψηλαφητή αλλοίωση ή μία τομή/cm. Περιλαμβάνονται κεντρικές και περιφερικές θέσεις της αλλοίωσης, θέσεις με χειρουργικά όρια, θέσεις από τον υπόλοιπο μαζικό αδένα.

Παρασκεύασμα μαστεκτομής

Μέτρηση μεγέθους σε 3 διαστάσεις ή και βάρους.

Λήψη τομών με βάση τα μακροσκοπικά και απεικονιστικά ευρήματα. Τομές από όγκο, λεμφαδένες μασχάλης όταν περιλαμβάνονται, χειρουργικά όρια και τυχαίες τομές από υπόλοιπο μαστό.

Ριζική μαστεκτομή

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Συχνά περιλαμβάνει και λεμφαδένες της συστοίχου μασχάλης

Απλή μαστεκτομή χωρίς λεμφαδένες μασχάλης

Υποδόρια μαστεκτομή χωρίς δέρμα ή θηλή

Τμηματοεκτομή: τεταρτημόριο του μαστού συχνά με περιεχόμενο μασχάλης

Ουγκεκτομή/ χειρουργική βιοψία: εξαίρεση όγκου με γειτονικό μαζικό αδένα

Συμπληρωματική εκτομή για υπολειμματική νόσο

Μέτρηση μεγέθους σε 3 διαστάσεις ή και βάρους. Βαφή χειρουργικών ορίων

Είτε λαμβάνεται όλο το παρασκεύασμα σε τομές ή 2 blocks/cm εάν δεν υπάρχει μακροσκοπικό εύρημα

και εάν βρεθεί Ca λαμβάνονται συμπληρωματικά τομές.

Λήψη τομών από τα τοιχώματα της χειρουργικής κοιλότητας για αναζήτηση υπολειπόμενου όγκου, θηλή, όγκος, περιοχές ουλώδους ιστού, λεμφαδένες κ.λ.π.



ΔΙΑΛΕΞΗ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ LIFE STYLE»

ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΝΤΡΟΥΦΑΚΟΥ

Παθολόγος Ογκολόγος, Επιστημονική Συνεργάτιδα Θεραπευτήριο Metropolitan

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Περίπου 10 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πεθαίνουν από καρκίνο κάθε χρόνο, ενώ η επίπτωσή του (δηλαδή η συχνότητα των νεοεμφανιζόμενων περιπτώσεων) αυξάνεται δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες.

Επιπλέον, υπολογίζεται ότι τα επόμενα 20 χρόνια αυτή η επίπτωση θα αυξηθεί κατά περίπου 60% σε παγκόσμιο επίπεδο αν δεν ληφθούν μέτρα για να ανακοπεί αυτό το φαινόμενο.

Τα θετικά νέα είναι ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το American Institute of Cancer Research και πολλούς άλλους διεθνείς οργανισμούς υγείας που ασχολούνται με την έρευνα και την αντιμετώπιση του καρκίνου, ένα ποσοστό από 30% έως 50% των πιο συχνών καρκίνων θα μπορούσε να προληφθεί με «θεραπεία πριν την ασθένεια», δηλαδή με αλλαγές που θα μπορούσε να κάνει στη ζωή του κάθε άνθρωπος.

9 τρόποι να μειώσετε τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου:

1. Διατηρήστε υγιές σωματικό βάρος σε όλη τη ζωή σας. Αποφύγετε να πάρετε βάρος σε οποιαδήποτε ηλικιακή περίοδό σας.
2. Ασκηθείτε: Για τους ενήλικες συνιστώνται 150-300 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης (π.χ. σχετικά γρήγορο περπάτημα) ή 75-150 λεπτά έντονης δραστηριότητας την εβδομάδα (ή συνδυασμός των δύο δραστηριοτήτων). Ιδανικά, θα πρέπει να φτάνετε ή και να ξεπερνάτε το ανώτατο όριο των 300 λεπτών, κάθε εβδομάδα. Για παιδιά και εφήβους συνιστάται μέτριας ή έντονης έντασης άσκηση τουλάχιστον 1 ώρα κάθε μέρα. Η καθιστική ζωή θα πρέπει να περιοριστεί όσο το δυνατόν περισσότερο και να αποφεύγεται η ψυχαγωγία που βασίζεται σε ακινησία μπροστά σε κάποια οθόνη (τηλεόραση, tablet, smartphone).
3. Ακολουθήστε μια υγιεινή (μεσογειακού τύπου) διατροφή σε όλες τις ηλικίες. Προτιμήστε λαχανικά και φρούτα όλων των ειδών και των χρωμάτων, όσπρια, δημητριακά ολικής άλεσης καθώς και ανάλατους και άψητους ξηρούς καρπούς. Περιορίστε σημαντικά τα κόκκινα και επεξεργασμένα κρέατα (π.χ. λουκάνικα, μπέικον, κρέας σε κονσέρβα κ.λπ), τα σακχαρούχα αναψυκτικά καθώς και τα υπέρ-επεξεργασμένα βιομηχανοποιημένα προϊόντα τα οποία συχνά περιέχουν πολλές θερμίδες, μεγάλη ποσότητα ζάχαρης, κορεσμένων λιπαρών και αλατιού και έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες.
4. Αποφύγετε την κατανάλωση αλκοόλ. Αν κάποιος επιλέξει να πιεί αλκοόλ, η επιτρεπόμενη ποσότητα είναι 1 ποτό την ημέρα για τις γυναίκες ή 2 για τους άντρες.
- 5 Έχετε κατά νου ότι τα συμπληρώματα διατροφής δεν βοηθούν στην πρόληψη του καρκίνου.
- 6 Αποφύγετε το κάπνισμα. Καλό δε είναι να θυμάστε ότι ο κίνδυνος καρκίνου αφορά και το παθητικό κάπνισμα.
- 7 Οι μητέρες, εφόσον μπορείτε, θα πρέπει να θηλάζετε τα παιδιά σας.
- 8 Προστατεύετε πάντα από την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- 9 Εμβολιαστείτε κατά της ηπατίτιδας Β και του ιού HPV.

Οι παραπάνω οδηγίες θα πρέπει να ακολουθούνται και από τους επιβιώσαντες από καρκίνο (πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό τους).

Αξίζει δε να σημειωθεί ότι αν αυτά τα απλά μέτρα προφύλαξης γίνουν τρόπος ζωής, λειτουργούν και υπέρ της πρόληψης του καρκίνου αλλά και υπέρ της μείωσης της υποτροπής του, π.χ. έχει βρεθεί ότι η συστηματική άσκηση μπορεί να μειώσει έως και 40% την πιθανότητα θανάτου από οποιοδήποτε αίτιο των ατόμων που έχουν επιβιώσει (survivors) από καρκίνο του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου.

Επιπλέον, αυτός ο ίδιος τρόπος ζωής συμβάλλει και στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, του διαβήτη τύπου 2 και των χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων. Των χρόνιων δηλαδή νοσημάτων τα οποία μαζί με τον καρκίνο αποτελούν την ομάδα των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (noncommunicable diseases NCDs) που είναι η αιτία για πάνω από το 70% των συνολικών θανάτων παγκοσμίως.

A large, stylized pink butterfly is positioned in the background, centered behind the title. It has two long antennae with small circular tips. The wings are a light pink color with darker pink veins. The body is also pink. The butterfly is facing upwards and slightly to the right.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΟΞΕΙΑ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΚΛΑΣΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ – Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΑΣ

Γ. Σουλιμιώτη, Α. Φωτοπούλου, Σ. Τζωρακάκης, Μ. Πλοχώρου, Κ. Γκιρλέμης, Ι. Μαραβέλης, Ε. Αθανασίου

Τμήμα Ακτινοθεραπείας, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς οι Άγιοι Ανάργυροι.

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της εργασίας μας είναι η καταγραφή της οξείας τοξικότητας μετά από ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, καθώς επίσης και η τοπική υποτροπή.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:

249 ασθενείς ηλικίας 32-88 ετών (διάμεση ηλικία....) υποβλήθηκαν στο τμήμα μας σε ακτινοθεραπεία θωρακικού τοιχώματος. 232 ασθενείς είχαν υποβληθεί σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και 17 σε μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος και αφαίρεση θηλής και μαζικού αδένος (skin sparing mastectomy). Το παθολογοανατομικό στάδιο ήταν T3-4N0-3M0. Οι ιστολογικοί τύποι των όγκων ήταν: πορογενές διηθητικό σε 172 ασθενείς (71.6%), λοβιακό διηθητικό σε 57 ασθενείς (24.5%), βλεννώδες σε 6 ασθενείς (2.6 %) και μυελοειδές σε 3 ασθενείς (1.3%). Όλες είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση φρουρών λεμφαδένων ή/και λεμφαδενικό καθαρισμό. Η ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος έγινε με ηλεκτρόνια που η ενέργειά τους κυμαινόταν από 6 MeV μέχρι 12 MeV ανάλογα με το πάχος του θωρακικού τοιχώματος. Έλαβαν συνολική δόση όγκου Σ.Δ.Ο:4256cGy με ημερήσια δόση 266 cGy σε 16 συνεδρίες. Από αυτές στις μισές έγινε χρήση bolus 0.5cm. (Η χρήση ισοδύναμου ιστού bolus βοηθάει στην αύξηση της δόσης στο δέρμα που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση του ποσοστού της τοπικής υποτροπής στο θωρακικό τοίχωμα). Όλες οι ασθενείς από την αρχή της ακτινοθεραπείας έκαναν χρήση άμορφης υδροενεργής κολληοειδούς γέλης τρεις φορές την ημέρα. 212 ασθενείς (91.3%) υποβλήθηκαν ταυτόχρονα και σε ακτινοθεραπεία στη σύστοιχη υπερκλείδια χώρα με Σ.Δ.Ο:4256cGy/16 συνεδρίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η οξεία τοξικότητα καταγράφηκε σύμφωνα με το EORTC-RTOG toxicity score ως εξής: grade I 30 ασθενείς (12%), grade II 131 ασθενείς (52.6%), grade III 73 ασθενείς (29.3%) και grade IV 3 ασθενείς (1.2%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στην υποκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία του θωρακικού τοιχώματος με ηλεκτρόνια σε ασθενείς με μαστεκτομή και χρήση ισοδύναμου ιστού bolus στις μισές θεραπείες παρατηρούνται ανεκτά ποσοστά οξείας τοξικότητας που δεν αλλοιώνουν το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Β3 ΒΛΑΒΕΣ ΜΑΣΤΟΥ. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΜΕ ΑΒΕΒΑΙΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΔΥΝΑΜΙΚΟ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ.

Νίκος Καλαμπόκης¹, Διονύσης Κουφουδάκης⁴, Αννέζα Γιάλλουρου⁴, Νίκος Μιχαήλ⁴, Σταύρος Φάνης², Ελένη Θεοφάνους³, Αιμηνία Μηναιΐδου³, Μάριος Λοΐζου¹

1 Ιατροί Χειρουργικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

2 Ιατρός Ακτινολογικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

3 Ιατροί Παθολογοανατομικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

4 Ιατροί Κέντρου Μαστού Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διαγνωστικές βιοψίες του μαστού ταξινομούνται σε μία εκ των πέντε γνωστών ομάδων με βάση τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους, εξής:

B1 (φυσιολογικός ιστός του μαστού),

B2 (καλοήθειες αλλοιώσεις),

B3 (αλλοιώσεις με αβέβαιο κακόηθες δυναμικό),

B4 (αλλοιώσεις ύποπτες για κακοήθεια) και

B5 (κακοήθειες αλλοιώσεις).

Μεταξύ των προαναφερθέντων ομάδων, οι βλάβες B3 φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερο συγκριτικά ενδιαφέρον, δεδομένου ότι αποτελούν μια μάλλον ετερογενή ομάδα με εξαιρετική διακύμανση του κινδύνου για συνυπάρχουσα κακοήθεια. Ο κίνδυνος αυτός κυμαίνεται μεταξύ από 2% έως και 40% σε ορισμένες μελέτες.

Ενώ στο παρελθόν η συντριπτική πλειονότητα των βλαβών B3 αντιμετωπιζόταν με χειρουργική εκτομή, στις μέρες μας πληθαίνουν οι ενδείξεις για εναλλακτικές προσεγγίσεις, όπως για παράδειγμα την υπό αναρρόφηση καθοδηγούμενη βιοψία/εκτομή. Τέτοιου είδους τεχνικές, θα μπορούσαν να διατηρήσουν έναν υψηλό δείκτη ακρίβειας στις διαγνώσεις των περιπτώσεων κακοήθειας, μειώνοντας ταυτόχρονα την ανάγκη για ανοικτές βιοψίες.

ΣΚΟΠΟΣ

Στη μελέτη μας, παρουσιάζουμε τις ασθενείς που προσήλθαν στην Κλινική Μαστού του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας κατά την περίοδο 2015 έως 2020, οι οποίες υπεβλήθησαν σε υπερηχογραφικώς καθοδηγούμενη ή στερεοτακτική βιοψία, και διαγνώστηκαν με βλάβες τύπου B3.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα 35 βλαβών B3, τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και η στρατηγική αντιμετώπισής τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η διαγνωστική προσπάθεια και θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβών B3, εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης. Η μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών αυτών, θα μας βοηθήσει στην διευκρίνιση και στην σύσταση κατευθυντήριων διαδικασιών, ώστε να μηδενιστεί η πιθανότητα ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων.

ΑΑ 003

ΤΟ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΕΙΑ ΕΚΤΟΜΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΟΡΙΩΝ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Νίκος Πόπα¹, Διονύσης Κουφουδάκης⁴, Αννέζα Γιάλλουρου⁴, Νίκος Μιχαήλ⁴, Αθηνά Σκουλαρίκη², Γιώργος Γεωργίου³, Χριστιάνα Πούλου³, Μάριος Λοΐζου¹

1 Ιατροί Χειρουργικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

2 Ιατρός Ακτινολογικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

3 Ιατροί Παθολογοανατομικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

4 Ιατροί Κέντρου Μαστού Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες, μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού (BCS), για τοπική υποτροπή και ανάγκη για δευτερογενή χειρουργική επέμβαση, είναι η κατάσταση των ορίων εκτομής.

Για να υλοποιηθεί ο στόχος αυτός, πρέπει να βρεθούν και να αποδειχθούν οι τρόποι προσέγγισής μας με τις τρέχουσες τεχνικές και τεχνολογίες που διαθέτουμε. Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις για το BCS είναι το Guide Wire Localization (GWL) όπου πραγματοποιείται πριν από την επέμβαση, και η τεχνική ψηλάφησης - καθοδήγησης όπου χρησιμοποιείται διεγχειρητικά. Δυστυχώς χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές προσεγγίσεις στο BCS, το ποσοστό των θετικών ορίων και η ανάγκη για δεύτερη εκτομή, που πιθανόν να οδηγήσει σε μαστεκτομή, είναι περίπου 40% (με εύρος 5% έως 60% ανάλογα με το ιατρικό κέντρο όπου πραγματοποιείται η επέμβαση).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα (IOUS) είναι μια μη επεμβατική τεχνική με την οποία οι χειρουργοί μπορούν ενδεχομένως να μειώσουν τα περιστατικά με θετικά όρια εκτομής, και την ανάγκη επανεπέμβασης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα του IOUS έναντι των παραδοσιακών τεχνικών της BCS, μέσω της αξιολόγησης των θετικών ορίων καθώς λαμβάνονται υπόψη τα διάφορα χαρακτηριστικά των όγκων του μαστού, όπως: ο τύπος, η ιστολογία, η εμπλοκή λεμφαδένων φρουρών (SLN), η τοποθεσία, το μέγεθος, ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση κατά TNM.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Θα παρουσιαστεί η εμπειρία μας και η μεθοδολογία που χρησιμοποιούμε στο Κέντρο Μαστού Λευκωσίας, σε μια προοπτική μελέτη που προσπαθεί να αποδείξει πως το διεγχειρητικό υπερηχογράφημα στις ευρείες εκτομές του μονήρους διηθητικού καρκίνου του μαστού, μειώνει τα ποσοστά επανεπέμβασης, για υγιή όρια.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΠΛΑΤΥ ΡΑΧΙΑΙΟ ΚΑΙ ΕΝΘΕΜΑ

Σπυροπούλου ΓΑ¹, Δελημπαλάς Α², Κοντούλης Θ³

1: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πλαστικής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

2: Πλαστικός Χειρουργός, Θεσσαλονίκη

3: Χειρουργός Μαστού, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή:

Η αποκατάσταση μαστού με τη χρήση πλατέος ραχιαίου και ενθέματος σε περίπτωση που θα ακολουθήσει ακτινοθεραπεία, υπερτερεί της αποκατάστασης με απλή χρήση ενθέματος.

Ασθενείς και Μέθοδος:

Παρουσιάζουμε 4 περιστατικά στα οποία έγινε αποκατάσταση με χρήση πλατέος ραχιαίου και ενθέματος σε μαστεκτομηθείσες ασθενείς που επρόκειτο να ακολουθήσει ακτινοβολήση της περιοχής.

Αποτελέσματα:

Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 35-55 ετών. Μετά την ακτινοθεραπεία παρατηρήθηκε μεταβολή του σχήματος του αποκατεστημένου μαστού σε ένα περιστατικό. Δεν παρατηρήθηκε σε καμία ασθενή εκτροπή του ενθέματος. Το αισθητικό αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό σε όλες τις περιπτώσεις.

Συμπεράσματα:

Η όψιμη αποκατάσταση με χρήση πλατέος ραχιαίου και ενθέματος είναι αξιόπιστη μέθοδος σε επιλεγμένες ασθενείς με μαστεκτομή που πρόκειται να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία (1). Η απώλεια ενθέματος σε περιστατικά με αποκατάσταση με ένθεμα και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι 9.1% (2), ενώ με πλατύ ραχιαίο και ένθεμα και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αγγίζει το 0% (3).

Βιβλιογραφία:

Breast Reconstruction After Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Saldanha IJ, Cao W, Broyles JM, Adam GP, Bhuma MR, Mehta S, Dominici LS, Pusic AL, Balk EM. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Jul. Report No.: 21-EHC027.

The impact of postmastectomy radiotherapy on two-stage implant breast reconstruction: an analysis of long-term surgical outcomes, aesthetic results, and satisfaction over 13 years. Cordeiro PG, Albornoz CR, McCormick B, Hu Q, Van Zee K. Plast Reconstr Surg. 2014 Oct;134(4):588-595.

Aesthetic outcomes and complications following post-mastectomy radiation therapy in patients undergoing immediate extended latissimus dorsi flap reconstruction and implant insertion. Yun Hyun Kim, Joon Seok Lee, Jongmoo Park, Jeeyeon Lee, Ho Yong Park, Jung Dug Yang. Gland Surg 2021 Jul;10(7):2095-2103.

ΝΕΥΡΟΕΝΔΟΚΡΙΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ ΜΗ ΑΛΛΙΩΣ ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΟ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παναγιώτα Παντούλα¹, Νικολίνα Σταυρινού², Ελένη Καρμένου³, Κικίδου Ελένη⁴,

Ι. Προβατάς¹

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»,

2 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»,

3 Κυτταρολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»,

4 Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νευροενδοκρινές καρκίνωμα του μαστού αποτελεί μία σπάνια οντότητα, η οποία αφορά κυρίως γυναίκες 70-80 ετών. Σύμφωνα με την πρόσφατη κατάταξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διαχωρίζεται σε τρεις τύπους: μη αλληώς καθοριζόμενο το νευροενδοκρινές καρκίνωμα, το μικροκυτταρικό καρκίνωμα και το καρκίνωμα από μεγάλα κύτταρα.

ΣΚΟΠΟΣ

Η αναφορά περίπτωσης γυναίκας 76 ετών με ψηλαφητή μάζα πλησίον της θηλής του αριστερού μαστού. Η ασθενής δεν ανέφερε άλλα προβλήματα υγείας ούτε οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.

Η υπερηχογραφική διερεύνηση της μάζας ανέδειξε υπόηχη, αυξημένης αγγείωσης αλλοίωση, χωρίς άλλα ευρήματα από τον λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, ενώ στην κυτταρολογική εξέταση υλικού αναρρόφησης δια λεπτής βελόνης (F.N.A.) παρατηρήθηκαν αρκετά νεοπλασματικά κύτταρα με νευροενδοκρινή διαφοροποίηση. Μετά την χειρουργική επέμβαση παραλάβαμε τρία τμήματα μαζικού αδένου καλυπτόμενα από δέρμα, συνολικών διαστάσεων 11x3,5x2,9 εκ, στο μεγαλύτερο εκ των οποίων, κατά την μακροσκοπική εξέταση, αναγνωρίστηκε κεντρικά όγκος, μεγίστης διαμέτρου 2,7 εκ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την μικροσκοπική εξέταση παρατηρήθηκαν φωλεές, δοκίδες και συμπαγείς αθροίσεις κυττάρων μικρού – μέσου μεγέθους, με ποικίλης χρωστικότητας κυτταρόπλασμα, μέτρια πυρηνική πολυμορφία, ευδιάκριτο πυρήνιο και μέτρια αυξημένο μιτωτικό δείκτη. Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος ανέδειξε διάχυτη έντονη έκφραση Mammoglobin GATA-3, οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων και ήταν αρνητικός για το Her-2. Επιπλέον παρατηρήθηκε διάχυτη καθολική έκφραση Synaptophysin, Chromogranin και υποδοχέων Σωματοστατίνης (SSTR2a 3+ και SSTR5 2+ κατά Volante), με υψηλό δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (60%). Ο συνδυασμός των ανωτέρω ανοσομορφολογικών ευρημάτων οδήγησε στην διάγνωση του νευροενδοκρινούς καρκινώματος μαστού, μη αλλιώς καθοριζόμενου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα νευροενδοκρινή καρκινώματα του μαστού αποτελούν σπάνια νεοπλάσματα με μικρότερο ποσοστό επιβίωσης σε σύγκριση με τα κλασικά πορογενή καρκινώματα. Η στρατηγική αντιμετώπισής τους είναι ίδια με των άλλων τύπων διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Εν τούτοις, σε πρόσφατες in vitro έρευνες βρέθηκε ότι η έκφραση των υποδοχέων σωματοστατίνης και ειδικότερα των SSTR2a μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο στοχευμένης θεραπείας, με τους συγκεκριμένους υποδοχείς να σχετίζονται με ισχυρότερη αντιμιτωτική δράση.

ΑΑ 006

ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΝΟΜΟΙΟΤΥΠΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΜΟΝΟΖΥΓΩΤΙΚΑ ΔΙΔΥΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στυλιανή Παρπούδη¹, Ελίνα Κελεσίδου¹, Γ. Σαραφίδης¹, Κατερίνα Σμυρίνη¹, Ευαγγελία Δόντσιου¹, Ροδονίκη Ιωσηφίδου¹.

1 Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 10% του συνόλου των διαγνώσεων. Μολαταύτα, οι γνωστές γονιδιακές μεταλλάξεις (BRCA1,2 , TP53) αντικατοπτρίζουν ένα μικρό μόνο μέρος (30%) της ετερογενούς αυτής ομάδας. Αντιθέτως θεωρείται ότι η πλειοψηφία των υπευθύνων γονιδίων παραμένει άγνωστη. Τα μονοζυγωτικά δίδυμα μοιράζονται το ίδιο γενετικό υλικό και θεωρούνται αντιπροσωπευτικά δείγματα μελέτης των παραγόντων κληρονομικότητας της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ:

Είναι η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης εμφάνισης καρκίνου του μαστού με πανομοιότυπα χαρακτηριστικά την ίδια χρονική στιγμή σε ένα ζευγάρι μονοζυγωτικών διδύμων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα διεγνώσθησαν με τριπλά αρνητικό καρκίνο μαστού (TNBC) σε ηλικία 49 ετών έπειτα από βιοψία με κόπτουσα βελόνη τον Δεκέμβριο και τον Ιανουάριο 2019-2020 αντίστοιχα. Το οικογενειακό τους ιστορικό ήταν ελεύθερο νόσου και ο γονιδιακός έλεγχος αρνητικός για γνωστές γονιδιακές μεταλλάξεις. Αμφότερες υπεβλήθησαν σε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία λόγω προχωρημένου σταδίου νόσου και εν συνεχεία σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή στην πάσχουσα πλευρά. Ταυτοποιήθηκε η ύπαρξη υπολειπόμενης νόσου (A: ypT3N2M0 , B:ypT2N1M0) και ακολούθησε ακτινοθεραπεία θωρακικού τοιχώματος και λεμφαδενικών περιοχών και επικουρική χορήγηση καπεσιταβίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ανάμεσα σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι εξαιρετικά υψηλή (1300:100.000) και παραμένει σταθερή καθόλη την διάρκεια της ζωής τους. Πιθανολογείται η ύπαρξη υπολειπόμενων αλληλίων που δρουν συσσωρευτικά μέσω της αύξησης της ευαισθησίας στις ορμόνες και τη μείωση της δράσης των κατασταλτικών γονιδίων με διαφορετική διεισδυτικότητα. Στην παρούσα αναφορά ενδιαφέρον παρουσιάζει η ταυτόχρονη εμφάνιση του ίδιου τύπου καρκίνου του μαστού γεγονός που επισημαίνει το έντονο γονιδιακό υπόβαθρο και χαρακτηρίζει την ελληνή γνώση που διαθέτουμε για αυτήν την ετερογενή ομάδα κακοηθειών.

ΑΑ 007

ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΕ ΑΡΡΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΔΕΚΑΕΠΤΑ ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παναγιώτα Παντούλα¹, Ελένη Κικίδου², Ευστάθιος Μεταξάς³, Μαρία Καραγιάννη¹, Αντιγόνη Καρακώστα¹, Ιωάννης Προβατάς¹

1 Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

2 Κυτταρολογικό Εργαστήριο ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

3 Θωρακοχειρουργική κλινική ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά "Αγ.Παντελεήμων"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες αφορά σε ποσοστό μικρότερο του 1% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου μαστού. Η κακοήθης υπεζωκοτική συλλογή ως εκδήλωση υποτροπής της νόσου απαντάται συχνά κατά το πρώτο έτος μετά την αρχική διάγνωση καρκίνου μαστού στις γυναίκες και είναι εξαιρετικά σπάνια μετά την παρέλευση δεκαετίας. Τα αντίστοιχα περιστατικά που έχουν περιγραφεί σε άρρενες ασθενείς με γνωστό ιστορικό καρκίνου μαστού είναι εξαιρετικά σπάνια.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περίπτωσης υποτροπής καρκίνου μαστού σε άνδρα ασθενή 17 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση υπό μορφήν κακοήθους υπεζωκοτικής συλλογής.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:

Άνδρας 76 ετών με αναφερόμενο ιστορικό πορογενούς καρκινώματος δεξιού μαστού το 2004, σε ηλικία 59 ετών, αντιμετωπισθέν με μαστεκτομή, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία, εμφάνισε το 2021 κλινική εικόνα λοίμωξης αναπνευστικού με επιδεινούμενη δύσπνοια από μηνός και εισήχθη στο νοσοκομείο. Ακτινολογικά αποκαλύφθηκε εκτεταμένη πλευριτική συλλογή αριστερά, έγινε παροχέτευση οροαιματηρού υγρού 2800cc και εστάλη για κυτταρολογική εξέταση. Επιπλέον ελήφθησαν και εστάλησαν για ιστολογική εξέταση μικρά τεμαχίδια υπεζωκότος και σφηνοειδές συνερραμμένο τμήμα πνευμονικού παρεγχύματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κυτταρολογική εξέταση χαρακτήρισε το υλικό ύποπτο για μεταστατικό αδеноκαρκίνωμα. Ιστολογικά αναδείχθηκε εκτεταμένη νεοπλασματική διήθηση του υπεζωκότα και του πνευμονικού παρεγχύματος. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι μέσου μεγέθους, μέτριας πυρηνικής πολυμορφίας, με ελαφρώς διογκωμένους πυρήνες, με πωσινόφιλο πρωτόπλασμα, αρκετές μιτώσεις και διάταξη κατά ποικίλου μεγέθους συμπαγείς αθροίσεις. Ανοσοιστοχημικά απουσιάζει η έκφραση TTF 1, εκφράζονται οιστρογονικοί και προγεστερικοί υποδοχείς, ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού (ki 67) είναι ιδιαίτερος υψηλός και το C-erb-b2 είναι αρνητικό. Τα μορφολογικά και ανοσοφαινοτυπικά ευρήματα οδήγησαν στη διάγνωση μεταστατική νεοπλασματική διήθηση από πορογενές καρκίνωμα μαστού. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ογκολόγο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσία πλευριτικής συλλογής θα πρέπει πάντα να εγείρει την υποψία μεταστατικής νόσου. Αναγκαία είναι η στενή παρακολούθηση των ασθενών με ιστορικό καρκίνου μαστού ακόμη και δεκαετίες μετά την αρχική νόσηση. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες συμπεριφέρεται με τρόπο ανάλογο με τον καρκίνο του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ ΜΕ ΜΕΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (SKIN REDUCING MASTECTOMY)

Σοφοκλής Λανίτης¹, Βασίλης Γκάνης¹, Παναγιώτης Χορτης¹, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Μιχαήλ Κοντός²

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, «Κοργιαλένιο - Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ, Αθήνα

2 Ιατρός, Α' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή:

Η μαστεκτομή με άμεση αποκατάσταση αποτελεί πρόκληση για ασθενείς με μεγάλους και ιδίως πτωτικούς μαστούς. Η skin reducing mastectomy (SRM) ενδείκνυται για αυτά τα περιστατικά, όμως συνοδεύεται από υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας.

Σκοπός: Παρουσιάζουμε την κλασσική τεχνική και επιπλέον 2 τροποποιήσεις που έχουμε κάνει ώστε να μειώσουμε τη νοσηρότητα και να προσαρμόσουμε την τεχνική σε δύσκολες περιπτώσεις.

Μέθοδος:

27 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 52 έτη υποβλήθηκαν σε SRM είτε με την κλασσική μέθοδο (8 ασθενείς), είτε με μία από τις 2 τροποποιήσεις που περιγράφουμε: Τροποποίηση για πολύ μεγάλους και πτωτικούς μαστούς με τη θηλαία άνω κάτωθεν του τριγώνου του σχεδιασμού ("vertical limb bridging" – 2 ασθενείς), και τροποποίηση με διπλή κάλυψη του κάτω πόλου του ενθέματος χωρίς την χρήση πλέγματος ("dual lower pole coverage" – 17 ασθενείς). Το μέσο BMI των ασθενών ήταν 26,3, 22% ήταν καπνίστριες και 11% είχαν σακχαρώδη διαβήτη. Οι αποκαταστάσεις έγιναν με αργή προοδευτική διάταση του ενθέματος για μείωση των επιπλοκών, με μέσο όρο μεγέθους ενθέματος τα 460 cc. Παρουσιάζουμε τις τεχνικές αυτές και τα αποτελέσματά μας.

Δεν είχαμε περιστατικό που απέτυχε η αποκατάσταση. Οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένες με το αποτέλεσμα, ενώ 5 εξ αυτών παρουσίασαν επιπλοκές (18%). Σε 3 περιστατικά (όλες καπνίστριες) υπήρξε ισχαιμία στο κάθετο σκέλος του δερματικού κρημνού (T-junction) και αυτό αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με καθυστερημένη εξαίρεση του ισχαιμικού τμήματος και επανασυρραφή με καλό τελικό αισθητικό αποτέλεσμα. Μια ασθενής (καπνίστρια) παρουσίασε κυτταρίτιδα στον κάτω πόλο και μία καθυστερημένο επιμολυσμένο ύγρωμα (μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοβολία) που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

Συμπεράσματα:

Το υψηλό ποσοστό επιπλοκών που σχετίζεται με την SRM μπορεί να μειωθεί χρησιμοποιώντας τις τροποποιημένες τεχνικές που προτείνουμε σε συνδυασμό με την προοδευτική διάταση του ενθέματος. Το κόστος διατηρείται χαμηλό χωρίς την χρήση πλέγματος. Υπό τις σωστές ενδείξεις αποτελεί ιδανική προσέγγιση σε ασθενείς με μεγάλους πτωτικούς μαστούς που χρήζουν μαστεκτομής.

ΜΠΟΡΕΙ Η MRI ΜΑΣΤΩΝ ΝΑ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΕΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ;

Παναγιώτης Χορτης¹, Βασίλειος Γκάνης¹, Μιλτιάδης Μπανταγκιώνης¹, Μιχαήλ Κοντός², Δημήτριος Μαντάς³, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

2 Ιατρός, Α' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

3 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή:

Η τριπλή αξιολόγηση (TA) είναι η διαγνωστική μέθοδος εκλογής στον καρκίνο του μαστού. Η συμβολή της μαγνητικής μαστογραφίας (MRM) στον καθορισμό της έκτασης της επέμβασης που απαιτείται παραμένει αμφιλεγόμενη. Αν και οι σχετικές μελέτες έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, η χρήση της έχει αυξηθεί.

Σκοπός:

Η σύγκριση της MRM με την TA στον καθορισμό της έκτασης της χειρουργικής επέμβασης, κατά πόσο δύναται να προβλέψει καλύτερα τις ασθενείς που μπορούν να διατηρήσουν το μαστό τους, αποφεύγοντας αχρείαστη μαστεκτομή, και ταυτόχρονα εκείνες που χρήζουν εξαρχής περισσότερο εκτεταμένη επέμβαση, αποφεύγοντας ένα δεύτερο χειρουργείο.

Υλικό και μέθοδοι:

Προεγχειρητικά, 128 ασθενείς υπεβλήθησαν εκτός από την TA και σε MRM. Η μέση ηλικία ήταν 56,51 έτη (35-84). Εξαιρέθηκαν όσες χρειάστηκαν νεο-επικουρική χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε όσες κρίθηκαν κατάλληλες για διατήρηση του μαστού (BCS), και σε όσες έρχονταν μαστεκτομής, βάσει της TA καθώς και με την προσθήκη της MRM. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν τελικά με το χειρουργικό παρασκεύασμα.

Αποτελέσματα:

Συνδυαστικά, η TA και η MRM προέβλεψαν σωστά τις ασθενείς για BCS στο 84,6% των περιπτώσεων, για μαστεκτομή στο 74,3%, ενώ υπερεκτίμηση ή υποεκτίμηση της έκτασης της επέμβασης είχαμε στο 15,4% και στο 25,7% αντίστοιχα. Οι δύο τεχνικές συμφώνησαν στην έκταση της επέμβασης στο 78,4%, στο 5,6% η MRM υπέδειξε ανάγκη για περισσότερο εκτεταμένο χειρουργείο ενώ στο 16% λιγότερο εκτεταμένο. Αλλαγή θεραπευτικού πλάνου βάσει της MRΜ είχαμε στο 5,5%.

Συμπεράσματα:

Αν και η MRM δεν έδειξε να μεταβάλλει σημαντικά το θεραπευτικό πλάνο, η χρήση της μαζί με την TA μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες. Απαιτείται συνέχιση της μελέτης αυτού του θέματος προς περαιτέρω αποσαφήνιση

AA 010

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ KI-67 ΜΕ CORE BIOPSY: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗΣ

Μιλτιάδης Μπανταγκιώνης¹, Παναγιώτης Χόρτης¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Σπυρίδων Λαϊνας¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός»

Εισαγωγή:

Η πρωτεΐνη Ki-67 είναι ένας κυτταρικός δείκτης πολλαπλασιασμού που είναι σημαντικός στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, αν και υπάρχουν αμφιλεγόμενα βιβλιογραφικά δεδομένα. Περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν για την πιθανή διαφορά στην έκφραση του Ki-67 μεταξύ της core biopsy και του τελικού παρασκευάσματος. Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η Ki67 μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο δείκτη που μπορεί να καθορίσει την επιλογή ή την διαμόρφωση της προεγχειρητικής θεραπείας. Ως εκ τούτου είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η αξιοπιστία της core Biopsy στην ακριβή εκτίμηση του Ki67.

Σκοπός:

Στόχος της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε το βαθμό συσχέτισης στην έκφραση του Ki-67 στην core biopsy σε σχέση με το τελικό παρασκεύασμα

Υλικό – Μέθοδοι:

Μελετήσαμε 244 περιστατικά με καρκίνο μαστού που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας και που όλα είχαν προεγχειρητική βιοψία και μετεγχειρητικό παρασκεύασμα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 60,60 έτη (32-93 έτη). Το διάμεσο μέγεθος του διηθητικού στοιχείου στους όγκους ήταν 20,5mm (0-100mm). Τα περισσότερα περιστατικά ήταν διηθητικά καρκινώματα μη ειδικού τύπου (77,8%) και λοβιακά καρκινώματα (11,9%), κυρίως grade II (54,1%). Οι περισσότεροι καρκίνοι είχαν ανοσοϊστοχημική έκφραση ER(+) 78,3%, PgR (+) 71,3%, ενώ HER-2(+) ήταν το 22,1%. Ως ki-67 high θεωρήσαμε τα περιστατικά με τιμές πάνω από 14%.

Αποτελέσματα:

Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$) του high ki-67 μεταξύ core biopsy και του παρασκευάσματος ($k = 0,675$). Ο μέσος όρος τιμών του ki-67 στην core biopsy ήταν ψηλότερος [19,41%(SD 16,08%)] από αυτόν του τελικού παρασκευάσματος το ki-67 ήταν [16%(SD 14,59%)] , $p = 0,024$.

Συμπεράσματα:

Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα μας, φαίνεται ότι με την core biopsy μπορεί να εκτιμηθεί αξιόπιστα το ki-67. Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η σχετική υπερεκτίμηση του δείκτη αυτού στην core biopsy σε σχέση με το τελικό παρασκεύασμα.

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΕΙΑΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ Ζ0011 ΕΠΟΧΗ

Παναγιώτης Χόρτης¹, Δημήτριος Σεκαδάκης¹, Σπυρίδων Λαϊνάς¹, Βασίλειος Γκάνης¹, Δημοσθένης Κακαβιάτος¹, Κωνσταντίνος Νταλαπέρας¹, Ευαγγελία Αγιάννη¹, Αντωνία Ιωάννου¹, Σοφοκλής Λανίτης¹

1 Ιατρός, Β' Χειρουργική Κλινική και Μονάδα Χειρουργικής Ογκολογίας, «Κοργιαλένιο- Μπενάκειο» Ν.Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Εισαγωγή:

Η αξιολόγηση του λεμφαδένα φρουρού (SN) μέσω ταχείας βιοψίας (FS) έχει περιοριστεί μετά τη δημοσίευση της Z0011 και άλλων μελετών που αποκλιμάκωσαν τη χειρουργική της μασχάλης και τροποποίησαν την αντιμετώπιση μιας μερίδας ασθενών με θετικό SN. Δεδομένου ότι ασθενείς με μικρομεταστάσεις και μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα, όπως επίσης και ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια της Z0011 δεν έχουν όφελος από λεμφαδενικό καθαρισμό,

Σκοπός:

Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η αποσαφήνιση της αξίας της FS στην μετά την Z0011 εποχή, καθώς η FS αφενός αυξάνει το κόστος και το χρόνο νοσηλείας και αφετέρου μπορεί να παραπλανήσει το χειρουργό και εσφαλμένα να οδηγήσει σε αχρείαστο λεμφαδενικό καθαρισμό.

Υλικό-Μέθοδος:

244 από 434 ασθενείς ήταν κατάλληλες για βιοψία λεμφαδένα φρουρού (SLNB). Βάσει τελικής ιστολογικής έκθεσης και κλινικών δεδομένων, επιλέξαμε τις κατάλληλες ασθενείς για διατήρηση του μαστού (55,4%). 78 ασθενείς είχαν θετικό SN και 26 εξ αυτών πληρούσαν τα κριτήρια της Z0011. Αξιολογήσαμε τα ψευδώς αρνητικά ευρήματα (FN), τον αντίκτυπο στη διαχείριση των ασθενών καθώς και τις ενδείξεις και την αξία της FS στην εποχή μετά τη Z0011.

Αποτελέσματα:

Συνολικά, υπήρξαν 12 FN περιπτώσεις εκ των οποίων οι 7 είχαν μικρομεταστάσεις (8,97%). Μόνο σε μία περίπτωση υπήρχαν πάνω από 2 θετικοί λεμφαδένες και 3 ασθενείς χρειάστηκαν μαστεκτομή. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις πληρούσαν τα κριτήρια της Z0011 και δεν χρειάστηκαν επιπρόσθετο χειρουργείο, επομένως σε 96,1% των ασθενών η κατάσταση της μασχάλης αξιολογήθηκε ορθά βάσει της FS και το ποσοστό επανεπέμβασης ήταν 1,2%. Αντιθέτως, αν η FS δε χρησιμοποιούνταν, τουλάχιστον 21,3% των ασθενών θα είχαν χρειαστεί επανεπέμβαση βάσει των σύγχρονων οδηγιών.

Συμπέρασμα:

Πιστεύουμε πως η FS παραμένει πολύτιμη και ενδέχεται να γλιτώσει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών από μία δεύτερη επέμβαση (ALND) χωρίς να αυξάνει την υπερθεραπεία της μασχάλης, εάν χρησιμοποιηθεί σωστά.

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΔΕΝΙΚΗ ΑΔΕΝΩΣΗ.

Δημήτριος Μπαλαλής¹, Νεκτάριος Κουφόπουλος², Διονύσιος Δήμας³, Ιωάννης Μπούτας³, Ιωάννης Μισιτζής³, Λούμνα Χάλντη⁴.

1. Α' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.

2. Β' Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικών", Ιατρική Σχολή Αθηνών.

3. Μονάδα Μαστού, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Κλινική Ψυχικού.

4. Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας".

Σκοπός:

Η μικροαδενική αδένωση (MAA) είναι μία αλλοίωση η ακριβής φύση της οποίας δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως μέχρι σήμερα. Ιστολογικά έχει διάχυτο πρότυπο ανάπτυξης, περιβάλλεται από βασική μεμβράνη, όχι όμως και από μυοεπιθηλιακό στίχο κυττάρων. Στο 30% των περιπτώσεων σχετίζεται με παρουσία παρακείμενου διηθητικού καρκινώματος διαφόρων ιστολογικών υποτύπων (μη ειδικού, κυψελιδικού, μεταπλαστικού κ.α.) Παρουσιάζουμε μία περίπτωση MAA που συνυπάρχει με διηθητικό καρκίνωμα του μαστού.

Υλικά και μέθοδοι:

Ασθενής με διάγνωση διηθητικού καρκινώματος του αριστερού μαστού σε βιοψία δια ληπτής

Βελόνης προσήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Τα απεικονιστικά ευρήματα (CT άνω-κάτω κοιλίας, PET-CT, σπινθηρογράφημα οστών κ.α.) ήταν αρνητικά για μεταστατική νόσο. Η ασθενής υποβλήθηκε σε μαστεκτομή και βιοψία λεμφαδένα φρουρού η οποία ήταν αρνητική για κακοήθεια.

Αποτελέσματα:

Μακροσκοπικά η ογκόμορφη αλλοίωση είχε συμπαγή όψη, ελαστική σύσταση και λευκόφαιη χροιά ενώ μικροσκοπικά αποτελούταν από δύο συνιστώσες: α) διάχυτα αναπτυσσόμενους μικρού μεγέθους, ομοιόμορφους, ανοικτούς σωληνώδεις σχηματισμούς αποτελούμενους από ένα στίχο κυττάρων με ενδοκυτταρικό πωσινόφιλο έκκριμα και β) διηθητικό καρκίνωμα αναπτυσσόμενο υπό μορφή φωλεών, χορδών καθώς και μεμονωμένων κυττάρων εντός μυξοχονδροειδούς στρώματος, με κύτταρα με ευμεγέθεις, στρόγγυλους πυρήνες, εμφανές πυρήνιο και εστιακή νέκρωση. Ανοσοϊστοχημικά, οι σωληνώδεις σχηματισμοί και το διηθητικό καρκίνωμα ήταν αρνητικοί στις χρώσεις δεικτών μυοεπιθηλιακής διαφοροποίησης. Οι χρώσεις collagen IV και laminin ανέδειξαν παρουσία βασικής μεμβράνης στους σωληνώδεις σχηματισμούς. Η χρώση S-100 θετική τόσο σε αμφότερα τις συνιστώσες. Με βάση τα μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα η διάγνωση που ετέθη ήταν αυτή του μεταπλαστικού καρκινώματος με παραγωγή μυξοχονδροειδούς στρώματος (matrix-producing carcinoma) με συνύπαρξη MAA. Η μεγαλύτερη διάμετρος του διηθητικού στοιχείου ήταν 18 χιλ..

Συμπεράσματα:

Η MAA είναι μία σπάνια αλλοίωση με καλοήγη κλινική πορεία. Η θεραπεία συνίσταται σε ευρεία εκτομή της αλλοίωσης και παρακολούθηση της ασθενούς εφ' όσον δεν συνυπάρχει διηθητικό καρκίνωμα. Σε αντίθετη περίπτωση η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συστηματική θεραπεία και σε ορισμένες περιπτώσεις ακτινοθεραπεία.

AA 013

ΠΕΡΙΠΟΡΙΚΟ ΣΤΡΩΜΑΤΙΚΟ ΣΑΡΚΩΜΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Δημήτριος Μπαλαλής¹, Διονύσιος Δήμας², Ιωάννης Μπούτας², Ευαγγελία Καραγιάννη³, Ιωάννης Μισιτζής², Νεκτάριος Κουφόπουλος⁴.

1. Α' Χειρουργική Κλινική, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.
2. Τμήμα μαστού, Ιατρικό κέντρο Αθηνών, Κλινική Ψυχικού.
3. Ιστοπαθολογικό εργαστήριο, Ιατρικό κέντρο Αθηνών.
4. Β' Παθολογοανατομικό εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικών", Ιατρική Σχολή Αθηνών

Σκοπός:

Τα ινοεπιθηλιακά νεοπλάσματα είναι διφασικές αλλοιώσεις με υπερπλασία τόσο του μεσεγχυματογενούς και του επιθηλιακού στοιχείου και περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα οντοτήτων από ινοαδένωμα έως κακοήγη φυλλοειδή όγκο. Ο περιπορικός στρωματικός όγκος θεωρείται πως αποτελεί σπάνιο υπότυπο του φυλλοειδούς όγκου στον οποίο απουσιάζουν οι χαρακτηριστικές δομές «δίκην φύλλων» του τελευταίου. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση περιπορικού στρωματικού όγκου.

Υλικά και μέθοδοι:

Ασθενής 58 ετών χωρίς προηγούμενο ιστορικό με οζώδη σκίαση αριστερού μαστού μεγαλύτερης διαμέτρου 3,5 εκ. σε ψηφιακή μαστογραφία προσήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου μας. Η βιοψία δια λεπτής βελόνης ήταν μη διαγνωστική. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ογκεκτομή. Μακροσκοπικά η ογκόμορφη αλλοίωση είχε πολυλοβωτή και συμπαγή όψη, ελαστική σύσταση και λευκόφαιη χροιά

Αποτελέσματα:

Κατά τη μικροσκοπική εξέταση αναγνωρίστηκε νεόπλασμα με μικροοζώδες πρότυπο ανάπτυξης, αποτελούμενο από διευρυμένους σωληνώδεις σχηματισμούς πέριξ των οποίων αναπτυσσόταν κυτταροβριθές ατρακτοκυτταρικό στοιχείο, με μικρού βαθμού ατυπία και 3-4 μιτώσεις ανά 10 ΜΟΠ. Δεν ανευρέθηκε φυλλοειδής μορφολογία. Ανοσοϊστοχημικά, τα νεοπλασματικά κύτταρα ήταν θετικά στις χρώσεις CD10, CD34 εστιακά έναντι του CD117 και αρνητικά έναντι των CKAΕ1/ΑΕ3, ER και PR, ενώ ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού ήταν θετικός στο 5% περίπου των νεοπλασματικών κυττάρων. Η διάγνωση που ετέθη σύμφωνα με τα μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά χαρακτηριστικά ήταν περιπορικός στρωματικός όγκος.

Συμπεράσματα:

Ο περιπορικός στρωματικός όγκος είναι νεόπλασμα χαμηλού βαθμού κακοθηρίας. Η διαφορική διάγνωση του περιλαμβάνει τον φυλλοειδή όγκο, το μυξοειδές ινσάδένωμα, το χαμηλού βαθμού κακοθηρίας σάρκωμα, το ατρακτοκυτταρικό καρκίνωμα και την ινωμάτωση. Κλινικά ο περιπορικός στρωματικός όγκος υποτροπιάζει συνήθως τοπικά. Η θεραπεία συνίσταται σε ευρεία εκτομή της αλλοίωσης και παρακολούθηση της ασθενούς. Λεμφαδενικός καθαρισμός ή επικουρική θεραπεία δεν είναι απαραίτητα.

AA 014

Η ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕΓΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πάνος Παπανδρέου PharmD^{1,2}, Κωνσταντίνα Νούσιου³, Γεώργιος Παπανδρέου^{2,4}, James Steier⁴, Μαρία Σκουρολιάκου PhD⁵, Σοφία Καραγεωργοπούλου MD, PhD⁶

1. Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

2. CibusMed PC, Αθήνα

3. MSc, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

4. Trinity College, Dublin

5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντερικής και Παρεντερικής Διατροφής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας & Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

6. Παθολόγος Ογκολόγος, Γ' Ογκολογική Κλινική ΙΑΣΩ, Αθήνα

Εισαγωγή:

Η χημειοθεραπευτική αγωγή προϋποθέτει ενδελεχή παρακολούθηση του ασθενούς, εφαρμογή πρωτοκόλλων και ορθή παρασκευή των δοσολογικών σχημάτων. Το CenseoRx είναι ένα Σύστημα Υποστήριξης Κλινικών Αποφάσεων (Clinical Decision Support System CDSS) σε συνδυασμό με ένα Ηλεκτρονικό Σύστημα Εισαγωγής Οδηγιών Μηχανογραφημένου Παρόχου (Computerized Provider Order Entry, CPOE). Δύναται να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας καθώς συμβάλλει στον αυτοματισμό, την τεκμηρίωση και την αποφυγή σφαλμάτων κατά την προετοιμασία της χημειοθεραπείας. Διαθέτει επικαιροποιημένη βάση δεδομένων με περισσότερα από τετρακόσια πρωτόκολλα, ενώ παρέχει υπολογισμούς και υποδείξεις για τη συνταγογράφηση, την ανασύσταση, τη διάλυση και τη χορήγηση φαρμάκων. Προτείνει τροποποιήσεις στη δοσολογία ή τη συχνότητα της χημειοθεραπείας βάσει βιοχημικών παραμέτρων. Βασίζεται σε αλγόριθμους που στηρίζονται σε κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα, και έχει συμβουλευτικό ρόλο για μεταβολές και τροποποιήσεις των χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Σκοπός:

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την κλινική εφαρμογή του CenseoRx όπου δημιουργήθηκε και αναπτύχθηκε από κλινικούς φαρμακοποιούς σε συνεργασία με κλινικό ογκολόγο και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, καθώς επίσης να μελετηθεί αν οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν τις θεραπευτικές αποφάσεις ενισχύοντας την ακρίβεια και την ταχύτητα των διαδικασιών συνταγογράφησης και μειώνοντας την γραφειοκρατία.

Υλικό:

Στην μελέτη μετείχαν 58 άτομα σε χημειοθεραπεία. Έγινε καταγραφή χρόνου των συνταγών τους, του θεραπευτικού πλάνου, των δοσολογικών σχημάτων τους των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων τους και των απαιτούμενων φαρμάκων.

Μέθοδος:

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήσαμε πιλοτική εφαρμογή στην κλινική ΙΑΣΩ. Συνεργάστηκαν οι θεράποντες ογκολόγοι (συνταγογράφηση επιλογή φαρμάκων, δοσολογία, τροποποίηση αγωγής) με τον κλινικό φαρμακοποιό με σκοπό την παρακολούθηση και επικύρωση όλων των διαδικασιών και την εξοικονόμηση πόρων μέσω αυτόματης επιλογής των καταλλήλων συσκευασιών φαρμάκων.

Συμπεράσματα:

Η εφαρμογή ενός CDSS μπορεί να παρέχει έλεγχο σταθερών διαδικασιών λειτουργίας (Καθιερωμένες Γραπτές Διαδικασίες), να βελτιώσει την ασφάλεια και τον χρόνο συνταγογράφησης, την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, τον έλεγχο τελικού διαλύματος για ασυμβατότητες και σταθερότητα συμβάλλοντας στη μεγιστοποίηση του κλινικού οφέλους.

**ΦΥΛΛΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Στυλιανή Παρπούδη¹, Κατερίνα Σμυρλή¹, Ελίνα Κελεσιδίου¹, Γ. Σαραφίδης¹,
Ευαγγελία Δόντσιου¹, Ευανθία Ζέρβα¹, Μαρία Νίκου¹, Ροδονίκη Ιωσηφίδου¹.**¹ Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο.**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

Οι φυλλοειδείς όγκοι ή φυλλοειδή κυστεοσαρκώματα συναντώνται σπάνια και αντιπροσωπεύουν περίπου το 0.5% των συνολικών όγκων μαστού. Βάσει συγκεκριμένων ιστολογικών χαρακτηριστικών ταξινομούνται ως καλοήθεις, οριακοί και κακοήθεις με την θεραπευτική προσέγγιση αλλά και πρόγνωση να αλλάζει θεαματικά βάσει κατηγορίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Αποτελεί η παρουσίαση περιστατικού φυλλοειδούς όγκου καθώς και η θεραπευτική του προσέγγιση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Η ασθενής, προεμμηνοπαυσιακή, με ελεύθερο γυναικολογικό και κληρονομικό ιστορικό προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Χειρουργικού Ογκολογικού Τμήματος Μαστού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο με μια ψηλαφητή, ευμεγέθους μάζα στον δεξιό μαστό. Από το ατομικό της αναμνηστικό αναφέρεται η βιοψία μορφώματος (πιθανό ινοαδένωμα) προ έτους στον ίδιο μαστό και η ογκεκτομή αυτού με την μόνιμη βιοψία να θέτει την διάγνωση φυλλοειδούς όγκου. Στην κλινική μας, η ασθενής υπεβλήθη εκ νέου σε βιοψία διακόπτουσας βελόνης με την διάγνωση να συνηγορεί υπέρ φυλλοειδούς όγκου χωρίς ωστόσο να είναι εφικτή η εξακρίβωση τόσο της βιολογικής συμπεριφοράς του όγκου όσο και η διαφορική διάγνωση από μεταπλαστικό καρκίνωμα. Για τους παραπάνω δύο λόγους, αποφασίστηκε ευρεία χειρουργική εκτομή δεξιού μαστού με βιοψία λεμφαδένα φρουρού, όπου και αναδείχθηκε κακοήθης φυλλοειδής όγκος με ελεύθερους λεμφαδένες και εστιακά διηθημένα χειρουργικά όρια εκτομής και επομένως ακολουθήθηκε απλή μαστεκτομή δεξιά με την ασθενή να είναι πλέον ελεύθερη νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Απεικονιστικά, η διάκριση μεταξύ ινοαδενώματος και φυλλοειδούς όγκου είναι δυσχερής. Για αυτό τον λόγο, όγκοι με χαρακτηριστικά ινοαδενώματος και αυξημένο ή ταχέως αυξανόμενο μέγεθος πρέπει να υποβάλλονται άμεσα σε βιοψία προς αποκλεισμό φυλλοειδούς. Με την επιβεβαίωση της διάγνωσης απαιτείται η ιστολογική ταξινόμηση του όγκου σε μια από τις τρεις κατηγορίες (καλοήθης, οριακός, κακοήθης) προκειμένου να ακολουθηθεί το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο με τα υγιή όρια εκτομής (πάνω από 1 εκατοστό) να αποτελούν την χρυσή τομή στους κακοήθεις φυλλοειδείς όγκους.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΚΛΩΝΟΥ ΤΟΥ HER-2 ΟΓΚΟΓΟΝΙΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΟΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**Στυλιανή Παρπούδη¹, Ευαγγελία Δόντσιου¹, Γ. Σαραφίδης¹, Κατερίνα Σμυρλή¹,
Αλεξία Καραμίνη¹, Π. Κορωναίος¹, Ελίνα Κελεσιδίου¹, Ροδονίκη Ιωσηφίδου¹.**¹ Χειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα Μαστού Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

Το HER-2 είναι ένα ογκογονίδιο που βρίσκεται θετικό στο 20% περίπου των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η ύπαρξή του σε έναν όγκο, αποτελεί αυξητικό παράγοντα πολλαπλασιασμού των κυττάρων του, καθώς και παράγοντα αυξημένης μεταστατικής ικανότητας. Εφόσον οι her2 θετικοί όγκοι ακολουθούν συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο, ο ακριβής προσδιορισμός της κατάστασης του her2 κρίνεται απαραίτητος για την πορεία και τη θεραπεία της νόσου. Η αλλαγή του κλώνου μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην πρόγνωση και τη μετέπειτα θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Είναι η παρουσίαση μιας σειράς περιστατικών καρκίνου μαστού με αλλαγή του κλώνου του her2 μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Έγινε ανασκόπηση συνολικά 17 περιστατικών της κλινικής μας. Εκ των οποίων, 13 διαγνώστηκαν με her2 θετικό όγκο μαστού, ενώ τα υπόλοιπα 4 με her2 αρνητικό όγκο μετά από core needle biopsy. Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, λόγω her2 θετικής κατάστασης, ή/και λόγω προχωρημένου σταδίου νόσου. Προχώρησαν στην προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, όπου ταυτοποιήθηκε η ύπαρξη υπολειπόμενης νόσου. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, στους 13 ασθενείς η αλλαγή της κατάστασης του her2 από θετική σε αρνητική και στους 4 από αρνητική σε θετική. Εν συνεχεία, οδηγήθηκαν και οι δυο ομάδες ασθενών σε επικουρική χημειοθεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Μολονότι δεν έχουν επιβεβαιωθεί βιβλιογραφικά συγκεκριμένα συμπεράσματα για την αλλαγή του her2, φαίνεται να σχετίζεται με κακή πρόγνωση. Τούτο απορρέει και από την επιθετικότερη βιολογία αυτών των όγκων, αλλά και από το γεγονός πως δεν έχει αποφασιστεί κοινώς σαφής επικουρική θεραπευτική αντιμετώπιση, στα περιστατικά αυτά, με τα περισσότερα να αντιμετωπίζονται όπως θα αναμέναμε δίχως την αλλαγή.

ΑΑ 017

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΩΣ ΑΝΑΣΠΟΣΠΑΣΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Φλωρεντία Φωστήρα^{1,2}, Παρασκευή Αποστόλου¹, Ρομίνη Αλεβίζου², Δημήτρης Νασίκας², Δημήτρης Πανούσης², Λάζαρος Παπαδόπουλος², Βασιλική Δελλατόλα¹, Ευάγγελος Μαραγκουδάκης³, Παναγιώτα Κοντογιάννη², Παναγιώτα Ντάσιου², Γρηγόριος Ξεπαπαδάκης²

1. Εργαστήριο Μοριακής Διαγνωστικής, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών

“Δημόκριτος”

2. Β' Κλινική Μαστού, Κλινική “ΙΑΣΩ”

3. Κέντρο Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Κλινική “ΙΑΣΩ”

Εισαγωγή:

Η ταυτοποίηση γενετικών παραλλαγών σε γονίδια που προδιαθέτουν στον καρκίνο του μαστού δύναται να τροποποιήσει σημαντικά την κλινική διαχείριση, τόσο σε ογκολογικό όσο και σε χειρουργικό επίπεδο. Η γενετική αξιολόγηση και η γενετική συμβουλευτική αποτελούν δύο σημαντικούς άξονες στην αναγνώριση αλλά και τη διαχείριση των ατόμων που φέρουν κληρονομική προδιάθεση στον καρκίνο.

Σκοπός:

Η παρούσα προοπτική μελέτη έχει ως στόχο την περιγραφή της εμπειρίας της ένταξης της γενετικής συμβουλευτικής και αξιολόγησης στη ρουτίνα μιας χειρουργικής κλινικής μαστού.

Ασθενείς & Μέθοδος:

Συνολικά, 593 γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού και είχαν αντιμετωπιστεί χειρουργικά στη Β' Κλινική Μαστού μεταξύ 12/2019 και 10/2021, πληρούσαν τα διεθνή κριτήρια για σύσταση γονιδιακού ελέγχου και ενημερώθηκαν ακολούθως απόφασης του ογκολογικού συμβουλίου. Εξ' αυτών, 489 (82.4%) δήλωσαν την επιθυμία να προχωρήσουν, οπότε πραγματοποιήθηκε λήψη ιστολογικής διάγνωσης και αναλυτικού γενεαλογικού δέντρου τριών γενεών. Όπου ήταν διαθέσιμες, αξιολογήθηκαν και ιστολογικές διαγνώσεις συγγενών. Σε προγραμματισμένη συνεδρία, όπου πραγματοποιείται γενετική αξιολόγηση και συμβουλευτική, οι 423 ασθενείς (86.5%) που εξέφρασαν την επιθυμία να εξεταστούν, έδωσαν έγγραφη συγκατάθεση για τη διενέργεια γονιδιακού ελέγχου. Τα αποτελέσματα δίνονται παράλληλα με αναλυτική επεξήγηση σε επίσης προγραμματισμένη συνεδρία.

Αποτελέσματα:

Στο σύνολο των 423 γυναικών που υπεβλήθηκαν σε γονιδιακό έλεγχο, 68 (16.1%) έφεραν παθολόγο παραλλαγή στα γονίδια: BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, ATM, RAD51C, RAD51D, TP53, MLH1 και SDHB. Εξ' αυτών, το 30.88% (21/68) αξιοποίησε άμεσα το αποτέλεσμα του ελέγχου για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ενώ το 20.5% (14/68) πρόεβη σε αποφάσεις που σχετίζονται με μείωση κινδύνου. Συνολικά, ελέγχθηκαν στοχευμένα για την οικογενειακή κληρονομούμενη παραλλαγή συγγενείς από 49 οικογένειες, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 73.5% των κληρονομούμενων περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Η γενετική συμβουλευτική και η γενετική αξιολόγηση αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι για την ταυτοποίηση ατόμων υψηλού κινδύνου και την εξατομίκευση της κλινικής διαχείρισης, με τα οφέλη να είναι άμεσα όταν αυτά διενεργούνται στο πλαίσιο μιας οργανωμένης κλινικής.

ΑΝΔΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**Δαμασκηνή Πολυχρόνη¹, Ιωάννης Στεφανίδης², Αναστάσιος Μαυρογιώργης³, Ιωάννης Φωτεινός⁴, Ευστράτιος Κούσκος²**¹ Ιατρός, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστανείο'² Ιατρός, Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστανείο'³ Ιατρός, Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστανείο'⁴ Ιατρός, Κυτταρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης 'Βοστανείο'**Εισαγωγή:**

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί ένα σπάνιο νεόπλασμα, το οποίο ευθύνεται για περίπου 1% όλων των περιπτώσεων καρκίνων μαστού. Χαρακτηρίζεται από πτωχότερη πρόγνωση σε σύγκριση με το γυναικείο φύλο, λόγω της καθυστερημένης διάγνωσής του.

Σκοπός:

Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα ασθενούς με διηθητικό, πορογενές αδеноκαρκίνωμα μαστού.

Υλικό – Μέθοδοι:

Άνδρας 66 ετών προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία λόγω αναφερόμενης ψηλαφητής μάζας αριστερού μαστού από διμήνου, με συνοδό εκροή υγρού. Αναφερόμενη προϋπάρχουσα γυναικομαστία από έτους. Ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας, υπό φαρμακευτική αγωγή. Οικογενειακό ιστορικό ελεύθερο κληρονομικής νόσου. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε παρουσία ετερόπλευρης, ανώδυνης, εξελκωμένης, σκληρής σύστασης μάζας, εντοπιζόμενης οπισθίως της θηλής του αριστερού μαστού. Επιπρόσθετα διαπιστώθηκε εισολκή θηλής και εκροή ορώδους υγρού κατά τη ψηλάφηση. Ψηλαφητά διογκωμένοι σύστοιχοι μασχαλιαίου λεμφαδένες. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστική βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA). Η κυτταρολογική εξέταση συνηγορούσε υπέρ καρκινώματος των πόρων του μαστού, χαμηλής διαφοροποίησης, με συνοδό λεμφαδενική διήθηση. Πραγματοποιήθηκε ψηφιακή μαστογραφία, η οποία ανέδειξε την παρουσία μάζας, διαμέτρου 2εκ περίπου, με οδοντωτή παρυφή, όπισθεν της θηλαίας άλω του αριστερού μαστού. Παρουσία σύστοιχων διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Με βάση τα παραπάνω, ο ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η παθολογοανατομική εξέταση ανέφερε την παρουσία λευκωπού υπόσκληρου όγκου ασαφών ορίων, μέγιστης διαμέτρου 2,5 εκ. Κατά τη μικροσκοπική εξέταση επιβεβαιώθηκε η παρουσία διηθητικού πορογενούς αδеноκαρκινώματος, μέσης διαφοροποίησης και όριο μαστεκτομής ελεύθερο νόσου. Εκτεταμένες λεμφαδενικές μεταστάσεις παρατηρήθηκαν σε 10 επιχώριους λεμφαδένες (μέγιστης διαμέτρου 4εκ) με επέκταση στο περιλεμφαδενικό λίπος. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο Ογκολογικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα:

Ο ανδρικός καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σύγχρονη χειρουργική και ογκολογική πρόκληση. Χαρακτηρίζεται ως ασυνήθη κλινική οντότητα, με πρόγνωση ανάλογη με το στάδιο της νόσου και τα ιδιαίτερα βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΦΘΟΡΙΣΜΟΥ ΦΩΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΕΓΧΥΣΗΣ ICG (INDOCYANINE GREEN)**Άννα Ράπη², Ιωάννα Ζεβελέκη³, Θεόδωρος Κοντούλης¹**¹ Μαστολόγος - Χειρουργός Μαστού, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη² Γενική Χειρουργός, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη³ Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Μονάδα Μαστού, Κλινική "Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη**Εισαγωγή:**

Εώς και σήμερα, η διπλή τεχνική με τη χρήση ραδιοϊσοτόπου και χρωστικής ουσίας στη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα (SLNB) για σταδιοποίηση σε καρκίνο του μαστού cN0 μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία είναι το gold standard. Το Indocyanine Green (ICG) έχει προταθεί ως εναλλακτική μέθοδος εντοπισμού του φρουρού λεμφαδένα (SLN).

Σκοπός:

Στο κέντρο μας, ήδη από τον Οκτώβριο του 2019 χρησιμοποιούμε το ICG στο SLNB (υποβοηθούμενη με κάμερα ανίχνευσης φθορισμού φωτός). Αξιολογήσαμε την τεχνική μας και την κλινική αξία του ICG ως πρόσθετη μέθοδο ανίχνευσης του SLN στο πλαίσιο της νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας, σε συνδυασμό με Tc99m και του Patent Blue. Επιπροσθέτως αξιολογήθηκε η χρήση του ICG ανεξάρτητα από τις δυο προαναφερθείσες μεθόδους. Σκοπός ήταν να ελέγξουμε το ICG ως εναλλακτική μέθοδο έναντι του Tc99m για τον προσδιορισμού του SLN.

Υλικό:

11 ασθενείς με καρκίνο του μαστού (4 triple negative, 1 HER2+ ER+, 2 HER2+ HR-) μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία με cm0. Από τον Οκτώβριο του 2019 έως και τον Απρίλιο του 2021

Μέθοδος:

Υποδόρια περιθηλαία έγχυση 1, 5- 2 ml ICG σε συγκέντρωση 5mg/ml, 5 λεπτά πριν από την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης.

Χρήση του Modular Image 1 S TM Camera Platform NIR/ICG system with D-light P light source, KARL STORZ για τον εντοπισμό του σημείου τομής σε πραγματικό χρόνο (σημείο μέγιστης συγκέντρωσης φθορισμού).

Αποτελέσματα:

Και οι 11 ασθενείς ελέγχθηκαν με συνδυασμό των μεθόδων ανά ζεύγη (Patent Blue + ICG ή Patent Blue + Tc99m). Σε μία ασθενή δεν κατέστη εφικτό να αναγνωριστεί λεμφαδένας φρουρός με την χρήση Tc99m καθώς και σε 2 περιπτώσεις δεν κατέστη εφικτός ο εντοπισμός του SLN με την χρήση του ICG, ήταν οι 2 μόνοι ασθενείς με BMI > 30. Το Patent Blue δεν ήταν διαγνωστικό σε 3 ασθενείς ανεξαρτήτως του BMI.

Αριθμός SLNs ανά ασθενή που αναγνωρίστηκε με ICG:

> 1SLN 8/11 ICG, ραδιοϊσότοπο 5/11, Patent Blue 4/11

Μεγαλύτερος διεγχειρητικός χρόνος με την χρήση ICG:

WLE+SLNB (συν ICG) 72,1 (+/-22,3) έναντι τυπικής διπλής τεχνικής 66,5 (+/-16,9)

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η χρήση ICG είναι εξίσου αποτελεσματική μέθοδος με τη χρήση ραδιοϊσοτόπου στην βιοψία του φρουρού λεμφαδένα. Επιπλέον, ως φθορίζουσα ουσία, έχει τα πλεονεκτήματα της απεικόνισης σε πραγματικό χρόνο, του μικρότερου κόστους και της ευρύτερης διαθεσιμότητας, καθώς δεν χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί ραδιοσημασμένο υλικό. Σε κάθε περίπτωση συνιστούμε ανεπιφύλακτα μια διπλή τεχνική (ICG +Patent Blue) στη βιοψία φρουρού λεμφαδένα σε ασθενείς μετά από νεοεπικουρική χημειοθεραπεία κυρίως λόγω του υψηλού ποσοστού αναγνώρισης του φρουρού λεμφαδένα, του χαμηλότερου κόστους για τον ασθενή (25€ ICG έναντι 150€ Technetium99m) και παρά τον μεγαλύτερο διεγχειρητικό χρόνο.

ENHERTU[®]

trastuzumab deruxtecan



▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον γρήγορο προσδιορισμό νέων ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων. Μεσογείων 284 GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: +30 21 32040380/337, Φαξ: +30 21 06549585, Ιστότοπος: <http://www.eof.gr>. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία AstraZeneca A.E.



AstraZeneca A.E., Αghsioláou 6-8, 15123 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ.: 210 6871500, Fax: 210 6859195
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ. 000638901000
www.astrazeneca.gr

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: Daiichi Sankyo Europe GmbH
Τοπικός Αντιπρόσωπος: AstraZeneca AE

Ενδεικτική Λιανική Τιμή 1800€.

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

ENH/00001/1/0421

Το **LYNPARZA** ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη:

- θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με προχωρημένο (σταδίου III και IV κατά FIGO (Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής)) υψηλού βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, που φέρουν μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1/2 (γεννητικών και/ή σωματικών κυττάρων) και οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) έπειτα από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής με βάση την πλατίνα.
- θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με ευαίσθητο στην πλατίνα υποτροπιάζοντα υψηλού βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) σε χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα.

Το **LYNPARZA** σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμμη ενδείκνυται για τη:

- θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με προχωρημένο (σταδίου III και IV κατά FIGO) υψηλού βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) έπειτα από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής με βάση την πλατίνα σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμμη και των οποίων ο καρκίνος σχετίζεται με θετική κατάσταση ανεπάρκειας ομόλογου ανασυνδυασμού (HRD) που ορίζεται είτε από μετάλλαξη των BRCA1/2 και/είτε από γονιδιωματική αστάθεια.

Μονοθεραπεία:

✓ **Αποτελεσματική θεραπεία*** με το **60%** των ασθενών **χωρίς εξέλιξη της νόσου στα 3 χρόνια** έναντι 27% στο σκέλος εικονικού φαρμάκου, (HR = 0.30; 95% CI: 0.23-0.41; $P < 0.0001$)^{1,2}

✓ **70% μείωση του κινδύνου εξέλιξης της νόσου ή θανάτου**^{1,2*}

Σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμμη:

✓ **3 χρόνια mPFS** στις HRD[§]+ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών^{3#} [37,2 μήνες στο σκέλος LYNPARZA+μπεβασιζουμάμμη έναντι 17,7 μηνών στο σκέλος εικονικού φαρμάκου+μπεβασιζουμάμμης (HR = 0.33; 95% CI: 0.25-0.45)]³

Δώστε την ευκαιρία στις νεοδιαγνωσθείσες ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών, επιμηκύνοντας το διάστημα ελέγχου της νόσου τους σε χρόνια^{1,2,3}

BRCA 1/2= Breast cancer genes 1/2

HRD = homologous recombination deficiency;

FIGO = Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique;

* ως μονοθεραπεία συντήρησης # σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμμη

§ Προκαθορισμένη ανάλυση υποομάδων

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Βιβλιογραφία:

1. Lynparza [Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος] Ελλάδα, AstraZeneca ΑΕ, 2021
2. Moore K, Colombo N, Scambia G, et al. Maintenance olaparib in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer. N Engl J Med. 2018;379(26):2495-2505,
3. Ray-Coquard I, Pautier P, Pignata S, et al. Olaparib plus bevacizumab as first-line maintenance in ovarian cancer. N Engl J Med. 2019;381:2416-2428.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



Υπεύθυνος συν-προώθησης: MSD ΑΦΒΕΕ
Αγίου Δημητρίου 63, Άλιμος 174 56, Αττική
Αρ. ΓΕΜΗ 121808101000



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: AstraZeneca Α.Ε.
Αγιοιλάου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Τ.: +30 2106871500
Αρ. ΓΕΜΗ 000638901000
www.astrazeneca.gr

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Lynparza 100 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Lynparza 150 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Lynparza 100 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 100 mg ολαπαρίμπης. Lynparza 150 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 150 mg ολαπαρίμπης. Έκδοχο με γνωστή δράση: Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν περιέχει 0,24 mg νατρίου ανά δισκίο 100 mg και 0,35 mg νατρίου ανά δισκίο 150 mg.

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις: Καρκίνος των ωοθηκών Το Lynparza ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη: • θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με προχωρημένο (σταδίου III και IV κατά FIGO (Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής)) υψηλού βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, που φέρουν μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1/2 (γεννητικών και/ή σωματικών κυττάρων) και οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) έπειτα από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής με βάση την πλατίνα. • Θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με ευαίσθητο στην πλατίνα υποτροπιάζοντα υψηλού βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) έπειτα από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής με βάση την πλατίνα σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμπη ενδείκνυται για τη: • θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με προχωρημένο (σταδίου III και IV κατά FIGO) υψηλού 2 βαθμού κακοήθειας επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών, των ωαγωγών ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου, οι οποίες εμφανίζουν ανταπόκριση (πλήρη ή μερική) έπειτα από την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής με βάση την πλατίνα σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμπη και των οποίων ο καρκίνος σχετίζεται με θετική κατάσταση ανεπάρκειας ομόλογου ανασυνδυασμού (HRD) που ορίζεται είτε από μετάλλαξη των BRCA1/2 και/είτε από γονιδιωματική αστάθεια. **Καρκίνος του μαστού** Το Lynparza ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο του μαστού και γαμετικές μεταλλάξεις των BRCA1/2, και των οποίων ο όγκος είναι αρνητικός για τον υποδοχέα τύπου 2 του ανθρώπινου επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER-2). Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία με ανθρακυκλίνη και μία ταξάνη είτε για εντοπισμένη είτε για μεταστατική νόσο εκτός εάν οι ασθενείς δεν ήταν κατάλληλοι για αυτές τις θεραπείες. Οι ασθενείς με θετικό στους ορμονικούς υποδοχείς (HR) καρκίνο του μαστού πρέπει επίσης να παρουσιάζουν εξέλιξη κατά τη διάρκεια ή μετά από προηγούμενη ενδοκρινική θεραπεία, ή να θεωρούνται ακατάλληλοι για ενδοκρινική θεραπεία. **Αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος** Το Lynparza ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία συντήρησης ενήλικων ασθενών με γαμετικές μεταλλάξεις των BRCA1/2, οι οποίοι έχουν μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος και των οποίων η νόσος δεν έχει εξελιχθεί μετά από τουλάχιστον 16 εβδομάδες θεραπείας με πλατίνα εντός ενός σχήματος χημειοθεραπείας πρώτης γραμμής. **Καρκίνος του προστάτη** Το Lynparza ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μεταστατικό ευνοουχοάντοχο καρκίνο του προστάτη και μεταλλάξεις BRCA1/2 (γαμετικές και/ή σωματικές), των οποίων η νόσος έχει εξελιχθεί έπειτα από προηγούμενη θεραπεία που περιλάμβανε έναν νέο ορμονικό παράγοντα. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Η θεραπεία με Lynparza πρέπει να ξεκινά και να επιβλέπεται από ιατρό με εμπειρία στη χρήση αντικαρκινικών φαρμακευτικών προϊόντων. **Δοσολογία** Το Lynparza είναι διαθέσιμο σε δισκία 100 mg και 150 mg. Η συνιστώμενη δόση του Lynparza σε μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμπη είναι 300 mg (δύο δισκία 150 mg) που λαμβάνονται δύο φορές ημερησίως, ισοδύναμη με συνολική ημερήσια δόση 600 mg. Το δισκίο 100 mg είναι διαθέσιμο για τη μείωση της δόσης. **Τρόπος χορήγησης** Το Lynparza προορίζεται για χρήση από το στόμα. Τα δισκία Lynparza πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα και να μη μασώνται, συνθλίβονται, διαλύονται ή τέμνονται. Τα δισκία Lynparza μπορεί να ληφθούν ανεξάρτητα από τα γεύματα. **4.3 Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθηση στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Θλασμός κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για διάστημα 1 μηνός μετά την τελευταία δόση. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση Αιματολογική τοξικότητα** Σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με Lynparza έχει αναφερθεί αιματολογική τοξικότητα, περιλαμβανομένων κλινικών διαγνώσεων και/ή εργαστηριακών ευρημάτων γενικά ήπιας ή μέτριας (Βαθμού 1 ή 2 κατά CTCAE) αναιμίας, ουδετεροπενίας, θρομβοπενίας και λεμροπενίας. Οι ασθενείς δεν πρέπει να ξεκινούν θεραπεία με το Lynparza μέχρις ότου ανακάμψουν από την αιματολογική τοξικότητα που έχει προκληθεί από προηγούμενη αντικαρκινική θεραπεία (τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης, αιμοπεταλίων και ουδετερόφιλων πρέπει να είναι $\geq$ βαθμού 1 κατά CTCAE). Συνιστάται η διενέργεια εξετάσεων κατά την έναρξη της θεραπείας και ακολούθως παρακολούθηση των γενικών εξετάσεων αίματος σε μηνιαία βάση για τους πρώτους 12 μήνες θεραπείας και εν συνεχεία κατά περιοδικά διαστήματα για την εμφάνιση κλινικά σημαντικών μεταβολών οποιασδήποτε παραμέτρου κατά τη διάρκεια της θεραπείας (βλ. παράγραφο 4.8). Εάν κάποιος ασθενής αναπτύξει αιματολογική τοξικότητα βαριάς μορφής ή εξάρτηση από μεταγγίσεις αίματος, η θεραπεία με το Lynparza πρέπει να διακόπτεται και να ξεκινούν κατάλληλες αιματολογικές εξετάσεις. Εάν οι αιματολογικές παράμετροι παραμένουν κλινικά μη φυσιολογικές μετά από τη διακοπή της δόσης του Lynparza για 4 εβδομάδες, συνιστάται εξέταση του μυελού των οστών και/ή κυτταρογενετική ανάλυση αίματος. **Μυ-**

ελοδυσπλαστικό σύνδρομο/Οξεία μυελογενής λευχαιμία Η συνολική επίπτωση μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου/οξείας μυελογενούς λευχαιμίας (ΜΔΣ/ΟΜΛ) σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο πλαίσιο κλινικών μελετών με μονοθεραπεία Lynparza, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης μακροχρόνιας επιβίωσης, ήταν $<1,5\%$, με υψηλότερη επίπτωση στους ασθενείς με ευαίσθητο στην πλατίνα υποτροπιάζοντα καρκίνο των ωοθηκών με μετάλλαξη BRCA, οι οποίοι είχαν λάβει τουλάχιστον δύο προηγούμενες γραμμές χημειοθεραπείας με βάση την πλατίνα και παρακολούθηθηκαν για 5 χρόνια (βλ. παράγραφο 4.8). Η πλειοψηφία των συμβάντων είχαν θανατηφόρο έκβαση. Η διάρκεια της θεραπείας με την ολαπαρίμπη σε ασθενείς που ανέπτυξαν ΜΔΣ/ΟΜΛ κυμάνθηκε από <6 μήνες έως >4 χρόνια· δεδομένα με μεγαλύτερες διάρκειες έκθεσης είναι περιορισμένα. Εάν υπάρχει υποψία ΜΔΣ/ΟΜΛ, ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί σε αιματολόγο για περαιτέρω παρακλινικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης μυελού των οστών και της δειγματοληψίας αίματος για κυτταρογενετική ανάλυση. Εάν, μετά τη διερεύνηση για παρατεταμένη αιματολογική τοξικότητα, επιβεβαιωθεί η παρουσία ΜΔΣ/ΟΜΛ, το Lynparza πρέπει να διακοπεί και ο ασθενής να λάβει κατάλληλη θεραπεία. **Πνευμονίτιδα** Πνευμονίτιδα, συμπεριλαμβανομένων των συμβάντων με θανατηφόρο έκβαση, έχει αναφερθεί σε ποσοστό $<1,0\%$ των ασθενών που έλαβαν Lynparza σε κλινικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των συμβάντων με θανατηφόρο έκβαση. Οι αναφορές πνευμονίτιδας δεν είχαν σταθερή κλινική εικόνα και περιπλέκονταν από μια σειρά προδιαθεσικών παραγόντων (καρκίνου και/ή μεταστάσεων στους πνεύμονες, υποκείμενης πνευμονικής νόσου, ιστορικού καπνίσματος, και/ή προηγούμενης χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας). Εάν οι ασθενείς εμφανίσουν νεοεμφανιζόμενα ή επιδεινούμενα αναπνευστικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, βήχα και πυρετό, ή εάν παρατηρηθεί ένα παθολογικό θωρακικό ακτινολογικό εύρημα, η θεραπεία με το Lynparza πρέπει να διακόπτεται και να ξεκινά άμεσα η διενέργεια εξετάσεων. Εάν επιβεβαιωθεί πνευμονίτιδα, η θεραπεία με το Lynparza πρέπει να διακόπτεται και οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. **Εμβρυϊκή τοξικότητα** Με βάση τον μηχανισμό δράσης (αναστολή της PARP), το Lynparza θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στο έμβρυο όταν χορηγείται σε μια έγκυο γυναίκα. Οι μη κλινικές μελέτες σε επίμυες έχουν δείξει ότι η ολαπαρίμπη προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες στην εμβρυϊκή επιβίωση και επιφέρει μείζονες δυσπλασίες του εμβρύου σε εκθέσεις χαμηλότερες από εκείνες που αναμένονται με τη συνιστώμενη δόση των 300 mg δις ημερησίως για τον άνθρωπο. **Εγκυμοσύνη/αντισύλληψη** Το Lynparza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να χρησιμοποιούν δύο μορφές αξιόπιστης αντισύλληψης πριν την έναρξη της θεραπείας με Lynparza, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για διάστημα 1 μηνός μετά τη λήψη της τελευταίας δόσης του Lynparza (βλ. παράγραφο 4.6). Συνιστάται δύο ιδιαίτερες αποτελεσματικές και συμπληρωματικές μορφές αντισύλληψης. Οι άρρενες ασθενείς και οι θήλεις σύντροφοι τους σε αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να χρησιμοποιούν αξιόπιστη αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για διάστημα 3 μηνών μετά τη λήψη της τελευταίας δόσης του Lynparza (βλ. παράγραφο 4.6). **Αλληλεπιδράσεις** Δεν συνιστάται η συγχρόνηση του Lynparza με ισχυρό ή μέτριο αναστολέα του CYP3A (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν πρέπει να συγχρησιμοποιηθεί ισχυρό ή μέτριο αναστολέα του CYP3A, η δόση του Lynparza πρέπει να μειωθεί (βλ. παραγράφους 4.2 και 4.5). Δεν συνιστάται η συγχρόνηση του Lynparza με ισχυρούς ή μέτριους επαγωγείς του CYP3A. Σε περίπτωση που ένας ασθενής ο οποίος λαμβάνει ήδη Lynparza απαιτεί θεραπεία με ισχυρό ή μέτριο επαγωγέα του CYP3A, ο συνταγογράφος θα πρέπει να γνωρίζει ότι η αποτελεσματικότητα του Lynparza μπορεί να μειωθεί σημαντικά (βλ. παράγραφο 4.5). **Νάτριο** Το φάρμακο αυτό περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δισκίο 100 mg ή 150 mg, είναι αυτό που ονομάζουμε «ελεύθερο νατρίου». **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες Περιληψή του προφίλ ασφαλείας** Το Lynparza έχει συσχετισθεί με ανεπιθύμητες ενέργειες γενικά ήπιας ή μέτριας βαρύτητας (βαθμού 1 ή 2 κατά CTCAE) που δεν απαιτούν σε γενικές γραμμές διακοπή της θεραπείας. Οι συχνότερα παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στις κλινικές μελέτες ασθενών που έλαβαν μονοθεραπεία με Lynparza ($\geq 10\%$) ήταν ναυτία, κόπωση, αναιμία, έμετος, διάρροια, μειωμένη όρεξη, κεφαλαλγία, δυσγευσία, βήχας, ουδετεροπενία, δύσπνοια, ζάλη, δυσπεψία, λευκοπενία και θρομβοπενία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες Βαθμού ≥ 3 που εμφανίστηκαν σε ποσοστό $> 2\%$ των ασθενών ήταν αναιμία (16%), ουδετεροπενία (5%), κόπωση/εξασθένιση (5%), λευκοπενία (3%) και θρομβοπενία (3%). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν πιο συχνά σε προσωρινές διακοπές και/ή μειώσεις της δόσης κατά τη μονοθεραπεία ήταν αναιμία (16,7%), έμετος (6,3%), ναυτία (6,2%), κόπωση/εξασθένιση (6,1%) και ουδετεροπενία (6,0%). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν πιο συχνά σε οριστική διακοπή ήταν η αναιμία (1,7%), η θρομβοπενία (0,8%), η κόπωση/εξασθένιση (0,7%) και η ναυτία (0,7%). Όταν το Lynparza χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμπη το προφίλ ασφαλείας είναι γενικά συνεπές με αυτό των μεμονωμένων θεραπειών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες οδήγησαν σε προσωρινή διακοπή και/ή μείωση της δόσης της ολαπαρίμπης στο 57,4% των ασθενών, όταν χρησιμοποιήθηκε σε συνδυασμό με μπεβασιζουμάμπη, και οδήγησαν σε οριστική διακοπή της θεραπείας με ολαπαρίμπη/μπεβασιζουμάμπη και εικονικό φάρμακο/μπεβασιζουμάμπη στο 20,4% και 5,6% των ασθενών, αντίστοιχα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν πιο συχνά σε προσωρινή διακοπή και/ή μείωση της δόσης ήταν η αναιμία (21,5%), η ναυτία (9,5%) και η κόπωση/εξασθένιση (5,2%). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που οδήγησαν πιο συχνά σε οριστική διακοπή ήταν η αναιμία (3,6%), η ναυτία (3,4%) και η κόπωση/

εξασθένιση (1,5%). **Κατάλογος εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών υπό μορφή πίνακα** Το προφίλ ασφαλείας βασίζεται σε συγκεντρωτικά στοιχεία από 2.901 ασθενείς με συμπαγείς όγκους που έλαβαν μονοθεραπεία με Lynparza σε κλινικές μελέτες στη συνιστώμενη δόση. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν ταυτοποιηθεί σε κλινικές μελέτες με ασθενείς που έλαβαν μονοθεραπεία με Lynparza, όπου η έκθεση των ασθενών είναι γνωστή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου καταγράφονται ανά Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα (SOC) κατά MedDRA και ακολουθώντας ανά προτιμώμενο όρο κατά MedDRA στον Πίνακα 1. Εντός κάθε Κατηγορίας/Οργανικού Συστήματος, οι προτιμώμενοι όροι παρουσιάζονται κατά φθίνουσα συχνότητα και ακολουθώντας κατά φθίνουσα σοβαρότητα. Οι συχνότερες εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών ορίζονται ως: πολύ συχνές ($\geq 1/10$), συχνές ($1/100$ έως $<1/10$), όχι συχνές ($\geq 1/1.000$ έως $<1/100$), σπάνιες ($\geq 1/10.000$ έως $<1/1.000$), πολύ σπάνιες ($<1/10.000$), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα). **Πίνακας 1: Κατάλογος εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών υπό μορφή πίνακα**

Ανεπιθύμητες Ενέργειες		
Κατηγορία/Οργανικό Σύστημα κατά MedDRA	Συχνότητα Όλων των βαθμών κατά CTCAE	Συχνότητα βαθμού 3 και μεγαλύτερου κατά CTCAE
Νεοπλάσματα καλοήγη, κακοήγη και μη καθορισμένα (περιλαμβάνονται κύστεις και πολύποδες)	Όχι Συχνές: Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο/Οξεία μυελογενής λευχαιμία	Όχι συχνές: Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο/Οξεία μυελογενής λευχαιμία
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος	Πολύ συχνές: Αναιμία ^a , Ουδετεροπενία ^a , Θρομβοπενία ^a , Λευκοπενία ^a Συχνές: Λεμφοπενία ^a	Πολύ συχνές: Αναιμία ^a Συχνές: Ουδετεροπενία ^a , Θρομβοπενία ^a , Λευκοπενία ^a Όχι συχνές: Λεμφοπενία ^a
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος	Όχι συχνές: Υπερευαισθησία ^a , Αγγειοοίδημα*	Σπάνιες: Υπερευαισθησία ^a
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης	Πολύ συχνές: Μειωμένη όρεξη	Όχι συχνές: Μειωμένη όρεξη
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Πολύ συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία, Δυσγευσία	Όχι συχνές: Ζάλη, Κεφαλαλγία
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου	Πολύ συχνές: Βήχας ^a , Δύσπνοια ^a	Συχνές: Δύσπνοια ^a Όχι συχνές: Βήχας ^a
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Πολύ συχνές: Έμετος, Διάρροια, Ναυτία, Δυσπεψία, Συχνές: Στοματίτιδα ^a , Άλγος άνω κοιλιακής χώρας	Συχνές: Έμετος, Διάρροια, Ναυτία Όχι συχνές: Στοματίτιδα ^a , Άλγος άνω κοιλιακής χώρας Σπάνιες: Δυσπεψία
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού	Συχνές: Εξάνθημα ^a Όχι συχνές: Δερματίτιδα ^a Σπάνιες: Οζώδες ερύθημα	Όχι συχνές: Εξάνθημα ^a
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Πολύ συχνές: Κόπωση (περιλαμβανομένης εξασθένισης)	Συχνές: Κόπωση (περιλαμβανομένης εξασθένισης)
Παρακλινικές εξετάσεις	Συχνές: Κρεατινίνη αίματος αυξημένη Όχι συχνές: Μέσος κυτταρικός όγκος αυξημένος	Όχι συχνές: Κρεατινίνη αίματος αυξημένη

^a Η αναιμία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους αναιμίας, μακροκυτταρικής αναιμίας, ερυθροπενίας, μειωμένου αιματοκρίτη, μειωμένης αιμοσφαιρίνης, νορμόχρωμης αναιμίας, νορμόχρωμης νορμοκυτταρικής αναιμίας, νορμοκυτταρικής αναιμίας και μειωμένου αριθμού ερυθροκυττάρων · Η ουδετεροπενία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους ακοκκιοκυτταραιμίας, εμπύρετης ουδετεροπενίας, μειωμένου αριθμού κοκκιοκυττάρων, κοκκιοκυτταροπενίας, ιδιοπαθούς ουδετεροπενίας, ουδετεροπενίας, ουδετεροπενικής λοίμωξης, ουδετεροπενικής σήψης και μειωμένου αριθμού ουδετερόφιλων · Η θρομβοπενία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους μειωμένου αριθμού αιμοπεταλίων, μειωμένης παραγωγής των αιμοπεταλίων, μειωμένου αιματοπεταλιοκρίτη και θρομβοπενίας · Η λευκοπενία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους λευκοπενίας και μειωμένου αριθμού λευκοκυττάρων · Η λεμφοπενία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους μειωμένου αριθμού B-λεμφοκυττάρων, μειωμένου αριθμού λεμφοκυττάρων, λεμφοπενίας και μειωμένου αριθμού T-λεμφοκυττάρων · Ο βήχας περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους βήχα και παραγωγικού βήχα · Η υπερευαισθησία περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους υπερευαισθησίας σε φάρμακα και υπερευαισθησίας · Η δύσπνοια περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους δύσπνοιας και δύσπνοιας κόπωσης · Η στοματίτιδα περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους αφθώδους έλκους, εξέλκωσης του στόματος και στοματίτιδας · Το εξάνθημα περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους αποφολιδωτικού εξανθήματος, γενικευμένου ερυθθήματος, εξανθήματος, εξανθήματος ερυθματώδους, εξανθήματος γενικευμένου, εξανθήματος κηλιδώδους, εξανθήματος κηλιδοβλατιδώδους, εξανθήματος βλατιδώδους και εξανθήματος κνησμώδους · Η δερματίτιδα περιλαμβάνει προτιμώμενους όρους δερματίτιδας, δερματίτιδας αλλεργικής και δερματίτιδας αποφολιδωτικής.

* Όπως παρατηρήθηκε στο πλαίσιο μετά την κυκλοφορία.

Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς: [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 Υπουργείου Υγείας. CY-1475 Λευκωσία Φαξ: + 357 22608649, Ιστότοπος: www.moh.gov.cy/phs

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:

AstraZeneca AB, ° SE-151 85 Södertälje, Σουηδία.

8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:

EU/1/14/959/002 56 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία (100 mg)

EU/1/14/959/003 56 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία (150 mg)

EU/1/14/959/004 112 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία (2 συσκευασίες των 56) (100 mg)

EU/1/14/959/005 112 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία (2 συσκευασίες των 56) (150 mg).

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:

Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 16 Δεκεμβρίου 2014.

Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 01 Οκτωβρίου 2019.

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:

6 Μαΐου 2021.

Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>.

Προτεινόμενες τιμές: LYNPARZA F.C.TAB 100MG/TAB Bx56 σε Alu/Alu Bliister: X.T.: € 2385,47 / Λ.Τ.: € 2598,13/ N.T.: € 2144,81. LYNPARZA F.C.TAB 150MG/TAB Bx56 σε Alu/Alu Bliister: X.T.: € 2497,15 / Λ.Τ.: € 2719,77/ N.T.: € 2245,22.

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

LYN/00070/1/0721

AstraZeneca

Αγισπιδίου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα

Τηλ: 210 6871500, Fax: 210 6859194,

Τηλ. Παραγγελιών: 2162000000, Fax: 210 5596973

Αρ. ΓΕΜΗ 000638901000



The next level in ultrasound breast biopsy procedures

BD EleVation™ Breast Biopsy System

This ergonomic, handheld vacuum-assisted device is engineered to elevate expectations.

- Single Insertion Multiple Sample (SIMS™) Technology
- Available in 10G, 12G and 14G
- Average 9-second sampling time

The BD EleVation™ Breast Biopsy System gives you the flexibility to handle different lesions and different locations with confidence.

Please consult product labels and inserts for any indications, contraindications, hazards, warnings, precautions and directions for use.



BARD HELLAS SA
1 Filellinon str. & Megalou Alexandrou, GR 16452, Athens, Greece,
Tel.: 210 9690770, Fax: 210 9628810, www.bd.com/Greece

bd.com

CE
2797





Προθέσεις σιλικόνης



Μετεγχειρητικοί στηθόδεσμοι



Πρόθεση Priform

Ολοκληρωμένη σειρά προϊόντων μαστεκτομής

- Πρόθεση Priform για την άμεση μετεγχειρητική περίοδο
- Μετεγχειρητικοί στηθόδεσμοι
- Ειδικές προθέσεις, στηθόδεσμοι και μαγιό μετά τη μαστεκτομή