
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Ιδιοκτήτης: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
Α. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα
Τηλ: 210 64 09 393-4 Fax: 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

**Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας
Χειρουργικής Ογκολογίας**

Πρόεδρος: Δ. Τσιφτσής
Αντιπρόεδρος: Γ. Οικονόμου
Γραμματέας: Ηλ. Σανιδάς
Ταμίας: Εμμ. Παναγόπουλος
Μέλη: Διον. Βώρος
Σπ. Οικονόμου
Δ. Πανουσόπουλος

Συντακτική Επιτροπή

Δ/ντής Σύνταξης: Εμμ. Παναγόπουλος
Αν. Δ/ντές Σύνταξης: Δ. Τσιφτσής, Γ. Οικονόμου
Μέλη

Ν. Χατζηγεωργίου
Δ. Πανουσόπουλος
Β. Παραράς
Κ. Μπάνης
Π. Γιαννόπουλος
Π. Βασιλόπουλος
Χ. Πατέρας
Γ. Φραγκάκης
Σ. Βουτζούλιας
Α. Τέντες
Ε. Τζωρακολευθεράκης
Α. Φωτόπουλος
Γ. Καρατζάς
Σ. Δρακόπουλος
Κ. Καραλιώτας
Ν. Περάκης
Ε. Αθανασίου
Δ. Γίκας
Σ. Οικονόμου
Ο. Ζώρας
Γ. Κόκκαλης
Κ. Ρωμανίδης
Δ. Ξυνόπουλος
Δ. Κορκολής
Β. Τρομπέτας

Συμβουλευτική Επιτροπή

Ι. Γκαράς
Ν. Δοντάς
Γ. Μπλάντζας
Σ. Μαντωνάκης
Κ. Σιμόπουλος
Ε. Παπαεναγγέλου
Εμμ. Τιερός
Ευαγγ. Χατζηγιαννάκης
Θ. Πολυμερόπουλος
Ν. Κορδιολής
Κ. Μανωλάς
Αγγ. Καπάς
Ν. Αγνάντη
Ι. Παπαδημητρίου
Κων. Τεπετές
Δημ. Μητσάκα
Κων. Παπαπολυχροσιάδης

HELLENIC SURGICAL ONCOLOGY

OFFICIAL PUBLICATION OF THE HELLENIC SOCIETY OF
SURGICAL ONCOLOGY
171 Alexandras Av., Athens 115 22
Tel.: +30 210 64 09 393-4 Fax: +30 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

**Officers of Hellenic Society
of Surgical Oncology**

President: D. Tsiftsis
Vice - President: G. Economou
Secretary: Il. Sanidas
Treasurer: Emm. Panagopoulos
Members: D. Voros
Sp. Ekonomou
D. Panousopoulos

Editorial Board

Editor in Chief: Emm. Panagopoulos
Associated Editors: D. Tsiftsis, G. Economou
Members

N. Xatzigerorgiou
D. Panousopoulos
B. Pararas
K. Banis
P. Giannopoulos
P. Vassilopoulos
X. Pateras
G. Fragakis
S. Boutzoulias
A. Tentes
E. Tzorakoletherakis
A. Fotopoulos
G. Karatzas
S. Drakopoulos
K. Karaliotas
N. Perakis
E. Athanasίου
D. Gikas
S. Economou
O. Zoras
G. Kokkalis
K. Romanidis
D. Xinopoulos
D. Korkolis
V. Trompetas

Advisory Committee

I. Garas
N. Dontas
G. Blantzas
S. Mantonakis
K. Simopoulos
E. Papaevangelou
Em. Tieris
E. Xatzigianakis
Th. Polimeropoulos
N. Kordiolis
K. Manolas
A. Kapas
N. Agnadis
I. Papadimitriou
Con. Tepetes
Dim. Mitsaka
Const. Papapolychroniadis

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΝΑ 2ΕΤΙΑ ΣΥΓΚΑΛΕΙΤΑΙ ΕΚΛΟΓΟ – ΑΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ.

Η ΩΣ ΑΝΩ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 25^{ΟΥ} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ, ΣΤΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON, ΤΗΝ ΠΕΜΠΤΗ 23 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ, ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΕΣΠΕΡΙΔΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΩΡΑΣ 14.00 ΕΩΣ 15.30.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΨΗΦΟΥ ΕΧΟΥΝ ΜΟΝΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑΚΩΣ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΜΕΛΗ.

3^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΔΙΕΤΑΙΡΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



26 - 29 Απριλίου 2007

Ξενοδοχείο Intercontinental, ΑΘΗΝΑ

Διοργανώτριες Εταιρείες

- Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού
- Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος
- Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

Συνδιοργανώτριες Εταιρείες

- Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος
- Ελληνική Εταιρεία Βιοχημείας & Μοριακής Βιολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής
- Ελληνική Κυτταρολογική Εταιρεία
- Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Πυρηνικής Ιατρικής & Βιολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας
- Εταιρεία Ιατρικών Μοριακών Βιολόγων Ελλάδος
- Πανελλήνια Εταιρεία Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Συμμετέχουσες Εταιρείες

- Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία
- Ελληνική Εταιρεία Ανακουφιστικής Παρηγορητικής Αγωγής & Φροντίδας
- Ελληνική Εταιρεία Γηριατρικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Ερεύνης του Καρκίνου
- Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Γναθοπροσωπικού Καρκίνου
- Ελληνική Εταιρεία Παρηγορητικής Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών & μη Ασθενών
- Ελληνική Εταιρεία Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή

Invited Societies

- European Society of Mastology - EUSOMA
- European Society for Medical Oncology - ESMO
- European Society for Therapeutic Radiology & Oncology - ESTRO
- International Society of Geriatric Oncology - SIOG

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ** 55
ΜΑΥΡΙΚΑΚΗ Γ. ΕΥΔΟΚΙΑ
- ΥΠΕΡΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΟΠΕΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ,
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ** 62
Θ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΘΑΝΟΣ
- ΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ** 70
EELCO DE BREE, ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΑΝΙΟΣ, REMCO DE BREE, ΔΗΜΗΤΡΗΣ Δ. ΤΣΙΦΤΣΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

- «ΜΟΝΗΡΗΣ» ΝΕΚΡΩΤΙΚΟΣ ΎΟΖΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ.
ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 23 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ** 81
ΑΓΑΘΗ ΚΟΝΔΗ-ΠΑΦΙΤΗ, ΔΗΜΗΤΡΑ ΓΡΑΨΑ, ΠΑΣΧΑΛΗΣ ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

- ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ.
ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΗ ΠΟΡΕΙΑ** 86
ΣΠΥΡΟΣ Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΚΗΣ, ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΣΗΜΟΜΥΤΗ ΣΚΑΙ ΣΥΝ.

- ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** 91

Αλληλογραφία:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ
Λ. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα
Τηλ: 210 64 09 393-4 Fax: 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

Τυπογραφικές Εργασίες Ρουμελιώτη
Εμμ. Μπενάκη 55, Εξάρχεια
Τηλ.-Fax: 210 38 35 085

Hellenic Surgical Oncology
Vol. 6, No 2, May - August 2006

CONTENTS

REVIEWS

- THE NURSING CONTRIBUTION TO THE QUALITY
ASSURANCE IN THE ONCOLOGICAL HOSPITAL** 55
MAVRIKAKI EUDOKIA

- SUPRAVESICAL URINARY DIVERSIONS: INDICATIONS, TECHNIQUES,
ADVANTAGES AND DISADVANTAGES BY THEIR USE** 62
KALOGEROPOULOS TH., THANOS A.

- MALIGNANT CUTANEOUS MELANOMA OF THE NOSE** 70
E. DE BREE, A. MANIOS, R. DE BREE, D.D. TSIFTSIS

CLINICAL STUDIES

- SOLITARY NECROTIC NODULES
OF THE LIVER CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF 23 CASES** 81
A. KONDI-PAFITE, D. GRAPSA, p. HATZIPANTELIS, A. KOUREAS, D. VOROS, B. SMYRNIOTIS

CASE REPORTS

- MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE PAROTID.
REPORT OF A CASE WITH ADVERSE OUTCOME** 86
STAVRIANOS SP., LIAPAKIS J., ACIMOMYTIS ET ALS

- ABSTRACTS FROM INTERNATIONAL ONCOLOGICAL PAPERS** 91
PANAGOPOULOS EMM.

Mailing address:

HELLENIC SOCIETY
OF SURGICAL ONCOLOGY
171 Alexandras Av., Athens 115 22
Tel.: +30 210 64 09 393-4 Fax: + 30 210 64 20 146
email: bsurgunit@agsavvas-hosp.gr

Ανασκοπήσεις

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

MAYPIKAKH Γ. ΕΥΔΟΚΙΑ
MSC OF NURSING AND HEALTH STUDIES, EDINBURGH UNIVERSITY
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α.Ο.Ν.Α. "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ύστερα από μία σύντομη ιστορική αναδρομή του όρου της ποιότητας, γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης, τόσο του όρου της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, όσο και του όρου της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

Στην συνέχεια προσεγγίζεται ο όρος της διασφάλισης της ποιότητας η οποία συνίσταται από την Εκτίμησή της (Quality Assessment), τη Βελτίωσή της (Quality Improvement), και τον Έλεγχο της (Quality Control). Στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας γίνεται μία σύντομη αναφορά στις Οδηγίες (Guidelines), στα Πρωτόκολλα (Protocols), στα Πρότυπα (Standards), καθώς και στις μεθόδους μετρήσεως της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.

Στο τέλος, προτείνονται μερικά ειδικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη διασφάλιση της ποιότητας στον ογκολογικό ασθενή, προκειμένου να γίνει μία καλύτερη και βαθύτερη προσέγγιση των πολύπλευρων αναγκών του.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, διασφάλιση ποιότητας, ποιότητα φροντίδας υγείας, βελτίωση ποιότητας, κριτήρια ποιότητας, ογκολογικό νοσοκομείο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα στις μέρες μας αποτελεί ένα από τα πλέον πολυσυζητημένα θέματα, τόσο στον τομέα της παραγωγής προϊόντων, όσο και στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η συνεχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό και η συχνότητα παρουσιάσής του σε συνέδρια και σεμινάρια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, δείχνει ότι το θέμα της ποιότητας απασχολεί έντονα τους σύγχρονους επιστήμονες υγείας (1,2,3,4,5,6).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Το θέμα της ποιότητας έχει τις ρίζες του στην Αρχαία Ελλάδα όπου ήταν συνυφασμένο με την αναζήτηση της αρετής, τη συνεχή βελτίωση, το «αείν αριστεύειν». Ο Αριστοτέλης υποστήριζε ότι η ευτυχία πηγάζει από την αρετή της ψυχής και οδηγεί στην «καλή ζωή». Τις ρίζες αυτές συναντάμε σε κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας καθώς και σε ενεπίγραφες στήλες βαθιά στη μακρινή αρχαιότητα(7,8,9,5). Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, ξεκινά την εποχή του Ιπποκράτη. Οι δεοντολογικοί κανόνες του Ιατρικού Επαγγέλματος, έδιναν έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τον ασθενή («ωφελείν μη βλάπτειν»)(10). Στην συνέχεια της ιστορικής αναδρομής μας, σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, αξίζει αντιπροσωπευτικά να αναφέρουμε τη Florence Nightingale, η οποία κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου (το 1850) κατέγραψε την θνησιμότητα των τραυματιών, προσπαθώντας να εντοπίσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία της φροντίδας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της. Αξίζει επίσης να αναφέρουμε και τον χειρουργό Godman, ο οποίος, μερικά χρόνια αργότερα, το 1915, στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ασχολήθηκε συστηματικά με τον έλεγχο των ιατρικών ιστορικών, έχοντας ως στόχο του την βελτίωση της ποιότητας στο νοσοκομειακό του περιβάλλον (11,10). Στην Ευρώπη, η ευαισθητοποίηση ξεκίνησε κυρίως από τον προβληματισμό γύρω από το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό ρόλο έπαιξε στις εξελίξεις η προσπάθεια για συμμόρφωση με τους στόχους 31 και 38 της πολιτικής «Υγεία για Όλους» το 2000, που αναφέρονται στη διασφάλιση της ποιότητας και στην αξιολόγηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (10). Η συνειδητοποίηση της ανάγκης για ποιοτική φροντίδα υγείας ήρθε ως φυσικό επακόλουθο σημαντικών

μεταβολών στις στάσεις και στις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος, αλλά και ως επακόλουθο της προόδου που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε κάθε επιστημονικό κλάδο, παραδείγματα των οποίων αποτελούν η χρήση νέων κυτταροστατικών φαρμάκων, η χρησιμοποίηση βιολογικών τροποποιητών και αυξητικών παραγόντων, η εφαρμογή της μεταμόσχευσης μυελού των οστών, η πρόοδος στον τομέα της έγκαιρης διάγνωσης και της ποικίλης θεραπευτικής προσέγγισης κ.α. (12,13,14,15,16).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μέχρι σήμερα, η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδης (17,18). Όμως, σχεδόν όλοι οι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη (19,8,5).

Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής έχει ορίσει την ποιότητα φροντίδας, «ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επαγγελματική γνώση». Το αρμόδιο Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του Κογκρέσου των Η.Π.Α., θεωρεί ότι η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί και στην πραγματικότητα αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθήσει να τη μετρήσει (20,21). Σύμφωνα με τον ορισμό της ποιοτικής φροντίδας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού (επαγγελματική υπεροχή)
- 2) Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- 3) Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- 4) Ικανοποίηση του ασθενή, τόσο με το τεχνικό μέρος της φροντίδας του, όσο και με το διαπροσωπικό μέρος της θεραπευτικής του προσέγγισης.
- 5) Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή (22,23).

Με άλλα λόγια μπορούμε να περιγράψουμε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως μία συνισταμένη που αποτελείται από τις ακόλουθες συνιστώσες:

- τη «διαχειριστική ποιότητα» που μετράται σε όρους κόστους- αποτελεσματικότητας όλων των ενεργειών.
- την «επαγγελματική ποιότητα» που προσδιορίζεται από την εφαρμογή αποδεκτών πρωτοκόλλων εργασίας, και
- τη «διάσταση που εκλαμβάνει τελικά ο

ασθενής», η οποία μετράται κυρίως με τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών (22,23).

Στις μέρες μας, η διάσταση της ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου, προκύπτει ως συνισταμένη ευρύτερων πεδίων της φροντίδας υγείας όπως είναι: η νοσηλεία, η στάση του προσωπικού, η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, ο τρόπος διοίκησης και η γενική εικόνα. Επίσης λαμβάνονται υπόψη η προσβασιμότητα, το κόστος, η καταλληλότητα, η συνέχεια στη φροντίδα, η συναίνεση του ασθενούς, ακόμα και το ίδιο το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας (22,24,25,10).

Συνοψίζοντας, μπορούμε να αναφέρουμε πως η ποιότητα στην περίθαλψη εξασφαλίζεται κυρίως από μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ικανότητα και αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις άριστες και ασφαλείς τεχνολογίες κατά τρόπο ενδεδειγμένο και αποδοτικό, με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών και των συνοδών τους (26).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) ορίζει την ποιότητα ως: «το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας (ατόμου, επιχείρησης ή κοινωνίας), τα οποία δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες» (27). Στη συνέχεια, αξίζει να αναφέρουμε και τον ορισμό της ποιότητας από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών (American Nursing Association), ο οποίος έχει υιοθετήσει την άποψη του πρωτοπόρου ερευνητή Avedis Donabedian, ο οποίος ορίζει την ποιότητα ως ένα τρισδιάστατο μοντέλο που περιλαμβάνει:

1. Πρότυπα δομής, όπως τη στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και την απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Πρότυπα διαδικασίας, όπως τα πλάνα φροντίδας, την ολιστική φροντίδα και την δυναμική της διεπιστημονικής ομάδας.
3. Πρότυπα έκβασης, όπως την ικανοποίηση του ασθενούς και την εκπλήρωση των αναγκών του, το ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων, την αποφυγή πτώσεων και ατυχημάτων στους ασθενείς, την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων, την αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο κ.α. (11,28,22,23,29).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Με όλα τα προαναφερθέντα επιχειρήσαμε να προσεγγίσουμε και να κατανοήσουμε μερικούς αντιπροσωπευτικούς ορισμούς της ποιότητας στις

υπηρεσίες υγείας. Ας προσπαθήσουμε τώρα να προσεγγίσουμε και τον όρο της ποιότητας ζωής των ασθενών. Καλό είναι να αναφέρουμε πως ο όρος ποιότητα ζωής των ασθενών άρχισε να χρησιμοποιείται γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1980, μολονότι στο Index Medicus εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1977 (30,31,16).

Μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της ποιότητας ζωής χωρίς όμως να υπάρξει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Έτσι, ανάλογα με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που πρόκειται να μετρηθούν, υιοθετείται ή δημιουργείται αντίστοιχος ορισμός (32). Σύμφωνα με τους Cella και Tulskey, η ποιότητα ζωής αναφέρεται στον βαθμό αποδοχής και ικανοποίησης των ασθενών από την κατάσταση που βρίσκονται, σε σύγκριση με την κατάσταση που θεωρούν εφικτή ή ιδανική υπό τις δεδομένες συνθήκες (14,33).

Όσον αφορά όμως την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, οι Carolyn, Cook, Gotay και οι συνεργάτες τους, δίνουν τον εξής ορισμό: «Ποιότητα ζωής είναι μια κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία (34,35). Με πιο απλά λόγια, η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ποσοτικοποίηση της επίδρασης της νόσου στην καθημερινή ζωή και ευεξία με έναν επίσημο και τυποποιημένο τρόπο (36,37).

Παρακάτω αναφέρονται μερικές συνιστώσες ποιότητας ζωής, οι οποίες έχουν ληφθεί υπόψη στις μέχρι τώρα έρευνες. Οι συνιστώσες αυτές δεν δρουν ανεξάρτητα αλλά σε αλληλεπίδραση, δρώντας καταλυτικά στην τελική έκβαση της ποιότητας ζωής των ασθενών μας, όπως: τα συμπτώματα της νόσου, τη φυσική δραστηριότητα, τη συμπαράσταση από το οικογενειακό περιβάλλον, τη συναισθηματική κατάσταση και ενθάρρυνση, το πνευματικό υπόβαθρο και την φιλοσοφική στάση, τα αποτελέσματα της θεραπείας, την νοσηλευτική και ιατρική προσέγγιση, τον προσανατολισμό και την αισιοδοξία για το μέλλον, τις μεταβολές στο σώμα, την επαγγελματική ικανότητα και την συμμετοχή στην κοινωνική ζωή (14,15,38,39,3,4,40,43,44,5,45,46,47,41,42). Για το λόγο αυτό, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC), που εδρεύει στην Lyon της Γαλλίας, έχει θέσει έξι βασικές θέσεις για την αντικειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αφού όπως αναφέρεται, η υποκειμενική ανάλυση έχει πολλές παραμέτρους και δεν μπορούν να ταυτιστούν σε μία ενιαία τοποθέτηση. Τα κριτήρια που σημειώνονται είναι:

1. Συμπτώματα νόσου και επιπλοκές από τη θεραπεία.
2. Λειτουργική κατάσταση του ασθενούς.
3. Ψυχολογικές διαταραχές.
4. Κοινωνική κατάσταση.
5. Σωματική και σεξουαλική αντίδραση.
6. Ικανοποίηση του ασθενούς από την θεραπευτική προσέγγισή του (8). Αξίζει επίσης να διευκρινιστεί, ότι η έννοια της ποιότητας ζωής σχετίζεται με όλα τα στάδια της εξέλιξης μιας νόσου, από την αρχική διάγνωση ως την ίαση ή από την αρχική διάγνωση ως τον θάνατο (12).

ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Πώς όμως μπορεί να διασφαλισθεί η ποιότητα; Σύμφωνα με τον Wyszewianki, η διασφάλιση της ποιότητας συνίσταται στην εκτίμησή της (Quality Assessment), στη βελτίωσή της (Quality Improvement) και στον έλεγχό της (Quality Control) (48,11,1). Για τον λόγο αυτό προτείνεται η χρήση μεθόδων ελέγχου, η φιλοσοφία των οποίων έγκειται στον απλό στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών που συνιστούν την παρεχόμενη φροντίδα, προκειμένου να εντοπισθούν εκείνα τα σημεία που απαιτούν ενδεχομένως βελτίωση (11).

Για τον σκοπό αυτό αναπτύχθηκαν οι Οδηγίες, τα Πρωτόκολλα, και τα Πρότυπα, τα οποία παρέχουν σαφείς πληροφορίες για τον καθορισμό της ποιότητας, αλλά και αποτελούν αναγνωρίσιμα μέσα ποιοτικού ελέγχου της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή (49).

Οι Οδηγίες (Guidelines), είναι προτάσεις που βοηθούν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με κάποια ειδικά κλινικά προβλήματα, αλλά και περιγράφουν ενέργειες που βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας(49).

Τα Πρωτόκολλα (Protocols) αποτελούν την εφαρμογή των Οδηγιών σε τοπικό επίπεδο και είναι δυνατό να περιέχουν πληροφορίες για την φροντίδα από τις Εθνικές Οδηγίες, οι οποίες ισχύουν σε εθνικό επίπεδο (49). Τα Πρότυπα (Standards), υποδηλώνουν προκαθορισμένο επίπεδο εκτέλεσης που είναι κατορθωτό, παρατηρήσιμο, επιθυμητό και μετρητό (ISN). Για το λόγο αυτό το Πρότυπο ορίζεται ως μέτρο, στάθμη ή σειρά εφαρμογών που ανταποκρίνονται σε κάποιο κριτήριο, του οποίου η πραγματική εφαρμογή μπορεί να συγκριθεί. Το Βασιλικό Κολλέγιο της Νοσηλευτικής του Ηνωμένου Βασιλείου (Royal College of Nursing), ορίζει το Πρότυπο ως «κανόνα που

περιγράφει μια πράξη που για την επίτευξη της απαιτείται μια σειρά κριτηρίων (49,25,1).

Τα κριτήρια είναι αντικειμενικοί, μετρήσιμοι, σχετικοί και ευέλικτοι δείκτες της ποιοτικής φροντίδας σε σχέση με την εκτέλεση, τις συνθήκες, την περίπτωση ή την κλινική κατάσταση (I.C.N.). Ένας αριθμός κριτηρίων αποτελεί ένα Πρότυπο και αντανακλά πάντα την πρόθεση του Προτύπου (49). Στην συνέχεια θα αναφέρουμε τους δείκτες ποιοτικής φροντίδας των ογκολογικών ασθενών, τους οποίους έχει καθορίσει η Μικτή Επιτροπή για την Διαπίστευση των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας των Η.Π.Α. (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations). Οι δείκτες αυτοί είναι οι παρακάτω:

- Διαθεσιμότητα των δεδομένων για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση.
- Χρησιμοποίηση της σταδιοποίησης από τους θεράποντες γιατρούς.
- Αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου.
- Χρησιμοποίηση των απαραίτητων εξετάσεων για τη διάγνωση, την πρόγνωση και την κλινική αντιμετώπιση.
- Χρησιμοποίηση συνδυασμένων θεραπειών και παρακολούθηση.
- Αποτελεσματικότητα της προεγχειρητικής διάγνωσης και σταδιοποίησης
- Κατανόηση των αναπτυσσόμενων διαγνωστικών μεθόδων.
- Καταγραφή του σταδίου, της πρόγνωσης και της χειρουργικής θεραπείας.
- Χρησιμοποίηση θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες έχουν θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.
- Διεπιστημονική θεραπεία και παρακολούθηση.
- Διαθεσιμότητα ειδικών πληροφοριών που χρειάζονται για τη διάγνωση.
- Συμπτωματική ή/και παρηγορητική φροντίδα.
- Χρησιμοποίηση της κλινικής σταδιοποίησης (49).
- Χρησιμοποίηση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και παρακολούθηση, διότι σύγχρονες έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή των ασθενών σε προγράμματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης έχει θετική επίδραση στην καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους και στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους (50,49,51,52,53,54).
- Διδασκαλία ασθενούς (49) εφόσον ποικιλία ερευνών δείχνουν ότι η επαρκής ενημέρωση του ασθενούς είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του, καθώς και για τη μείωση του αισθήματος της απαισιοδοξίας του, παράγοντες που αλληλεπιδρούν στην ποιότητα ζωής του ασθενούς

(55,50).

Ας δούμε τώρα τις μεθόδους προσεγγίσεως της μέτρησης ποιότητας τις οποίες συναντούμε στις υπηρεσίες υγείας, μια και σύγχρονες έρευνες έδειξαν πως όταν οι ασθενείς με καρκίνο καλούνται να επιλέξουν μεταξύ υποθετικών χημειοθεραπευτικών σχημάτων, επιλέγουν εκείνο το σχήμα που τους προσφέρει μικρότερη επιβίωση αλλά καλύτερη ποιότητα ζωής (56,57,58,35).

Η πρώτη μέθοδος είναι η ονομαζόμενη «Top-down Approach», δηλαδή η «από πάνω προς τα κάτω προσέγγιση», όπου οι τελικοί προσδιορισμοί των δεικτών της ποιότητας καθορίζονται από εξωτερικούς εκτιμητές, οι οποίοι είναι ειδικοί με ανάλογες γνώσεις (49). Ένα παράδειγμα τέτοιας μεθόδου είναι το ονομαζόμενο «Monitor», το οποίο κάνει ταυτόχρονα έλεγχο και αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο, μέσω παρατήρησης, συνεντεύξεων και άλλων μεθόδων (59).

Η δεύτερη μέθοδος είναι η «Bottom-up Approach», δηλαδή η «από κάτω προς τα πάνω» προσέγγιση, όπου οι δείκτες ποιότητας καθορίζονται από τους κλινικούς νοσηλευτές, επειδή η ενέργεια αυτή θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της επαγγελματικής τους πρακτικής (49). Σύμφωνα με τους Swansburg & Swansburg, η αποτελεσματικότητα και το ηθικό των εργαζομένων βελτιώνεται αρκετά όταν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και στον σχεδιασμό της βελτίωσης (60). Ένα παράδειγμα τέτοιας μεθόδου είναι το ονομαζόμενο «Record Audit», το οποίο περιγράφεται ως μια αναδρομική εκτίμηση της νοσηλευτικής διαδικασίας βασισμένη σε ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν οι ασθενείς από τη στιγμή της εισόδου τους σε ένα νοσοκομείο ως τη στιγμή του εξιτηρίου τους (59). Οι προαναφερθέντες μέθοδοι αξιολόγησης της ποιότητας περιλαμβάνουν δείκτες ποιότητας, οι οποίες εμπεριέχονται στις ονομαζόμενες κλίμακες ποιότητας ζωής. Σήμερα υπάρχει τεράστιος αριθμός κλιμάκων μέτρησης ποιότητας ζωής. Ο Tamburini το 1997 περιέγραψε 500 διαφορετικές κλίμακες. Η μεγάλη ποικιλία δίνει την δυνατότητα στους ερευνητές να διαλέξουν εκείνη την κλίμακα που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνάς τους. Μια κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο προτείνεται να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Να είναι ειδική για τον καρκίνο, ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με καρκίνο.
- Να είναι λειτουργική, ώστε να μπορεί να εκτιμά την καθημερινή δραστηριότητα αποτιμώντας την

λειτουργικότητα ασθενών με καρκίνο.

- Να είναι έτσι δομημένη, ώστε να μπορεί ο ασθενής να την συμπληρώσει μόνος του χωρίς εξωτερική παρέμβαση.

- Να περιέχει ερωτήσεις κατανοητές και αντιπροσωπευτικές με γενική εφαρμογή.

- Να εμφανίζει μεγάλη ευαισθησία και να μπορεί να αναγνωρίζει, πώς νιώθουν οι ασθενείς, τον βαθμό δυσλειτουργίας τους και την ανεκτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

- Να διαθέτει εγκυρότητα (validity) (61,35,62), δηλαδή το ερωτηματολόγιο να περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που θεωρούνται καθοριστικοί για το υπό μελέτη αντικείμενο.

- Να διαθέτει υψηλή αξιοπιστία (reliability) (61,35,62), η οποία αναφέρεται στον βαθμό επαναληψιμότητας των αποτελεσμάτων με διαφορετικά εργαλεία ή σε διαφορετικές καταστάσεις.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για να επιτευχθούν όμως οι παραπάνω προσεγγίσεις μέτρησης ποιότητας, αναγκαία είναι η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού που συμμετέχει στις προαναφερθείσες διαδικασίες. Το είδος της επιμόρφωσης αυτής δεν περιλαμβάνει μόνο τις άμεσες δεξιότητες που απαιτούνται για την εκτέλεση της εργασίας, αλλά και τεχνικές βελτίωσης διαδικασιών, εργαλεία επίλυσης προβλημάτων, μεθόδους ελέγχου ποιότητας και γενικά ότι απαιτείται για τη διαδικασία ποιοτικής βελτίωσης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό ώστε όλοι οι εργαζόμενοι να αναπτύξουν κοινή αντίληψη και γλώσσα. (1,22,23). Για το λόγο αυτό αναγκαία είναι η αρμονική και αποτελεσματική συνεργασία όλων εκείνων που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, μια και πολλοί ερευνητές όπως ο Donabedian, προτείνουν τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας του ασθενή ή της νοσοκομειακής φροντίδας συνολικά (22,23). Προσεγγίζοντας λοιπόν τον ασθενή μέσα από το πρίσμα της συνολικής νοσοκομειακής φροντίδας, δεν πρέπει να υπάρχουν στεγανά μεταξύ κλινικού και ιατρικού ή νοσηλευτικού έργου και ελέγχου, αφού όλες αυτές οι ενέργειες συνιστούν διαφορετικές όψεις της ίδιας διαδικασίας και αποσκοπούν στο ίδιο αποτέλεσμα (63,64,65).

Επίσης, θα ήταν παράλειψη εάν δεν αναφέραμε και την ανάγκη ύπαρξης ενός «υποστηρικτή -

διευκολυντή» (facilitator), ο οποίος θα παρακολουθεί τη βελτίωση της διαδικασίας που ακολουθεί μια ομάδα εργασίας, έτσι ώστε να συμβουλευεί την ομάδα καθώς αυτή εξελίσσεται, καθώς και του επικεφαλής της ομάδας (leader), ο οποίος θα γνωρίζει τα προσόντα της ομάδας και θα είναι υπεύθυνος για τον σχεδιασμό των διαδικασιών της ομάδας, προκειμένου να εξασφαλιστούν αποτελέσματα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (1,66,67).

Στην Ελλάδα, οι συνθήκες δεν είναι ακόμα ώριμες για τη διαμόρφωσή και εφαρμογή των προαναφερθέντων κριτηρίων ποιότητας. Δεν χρειάζεται όμως απογοήτευση αλλά προσπάθεια και επιμονή. Απλά πράγματα καθημερινής νοσηλευτικής και ιατρικής πρακτικής, μπορεί να είναι τα πρώτα βήματα για την επίτευξη ποιότητας στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Η πληροφόρηση και ενημέρωσή μας για τα τεκταινόμενα της Ογκολογίας στην Ευρώπη και τον κόσμο, η δυναμική των Ελλήνων και η πίστη σε νέα οράματα και προοπτικές, θα είναι τα οδηγία σημεία για την βελτίωση της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών μας (49).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ποιο όμως θα είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να διασφαλισθεί η ποιότητα της φροντίδας υγείας; Ποια χαρακτηριστικά πρέπει να διαθέτουν αυτά τα άτομα που θα ασχοληθούν με την διασφάλιση της ποιότητας στο ογκολογικό νοσοκομείο; Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η αποτελεσματική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών δεν είναι καθόλου εύκολο έργο. Προϋποθέτει εκτός από την γνώση που προαναφέραμε και άλλα επιπλέον χαρακτηριστικά, όπως την ανυπόκριτη αγάπη και το θερμό ενδιαφέρον για τον άλλο, την ψυχική ευαισθησία και ωριμότητα, την τέχνη της ενεργητικής ακρόασης και της συμβολικής επικοινωνίας, την κατανόηση και τον σεβασμό της ιερότητας και της μοναδικότητας του ανθρώπινου προσώπου, την υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την συναίσθηση της ευθύνης, την προσπάθεια ψυχολογικής και πνευματικής υποστήριξης, τη διάκριση και την υπομονή (68,69,70,71,72). Χωρίς τα παραπάνω χαρακτηριστικά η φροντίδα του ογκολογικού ασθενούς γίνεται απρόσωπη. Χωρίς τα παραπάνω γνωρίσματα κανείς δεν μπορεί να συλλάβει όλους τους εσωτερικούς κραδασμούς και τα μυστικά κύματα του πόνου και των πολύπλευρων αναγκών του ογκολογικού ασθενούς, έτσι ώστε να του διασφαλίσει μια υψηλής ποιότητας φροντίδα, η οποία είναι και ο απώτερος στόχος μας.

SUMMARY

THE NURSING CONTRIBUTION TO THE QUALITY ASSURANCE IN THE ONCOLOGICAL HOSPITAL

MAVRIKAKI EUDOKIA

Following a short historical review of the term "quality", it is attempted an approach to the definition of the quality in Health Care, and to the definition of the quality of life in the patients. The term "quality assurance" is being approached, which is consisted of the "Quality assessment", the "Quality improvement" and the "Quality control". Within this framework of the quality assurance, a short reference to the guidelines, protocols and standards is being made, as well as to the methods of quality measurement in Health Care. At the end of this article, some special characteristics of those health care professionals who deal with the quality assurance in the oncological patient are being suggested so that a better and deeper approach of the multidimensional needs of the oncological patient to be made.

Key words: quality of life, quality assurance, health care quality, quality improvement, quality criteria, oncological hospital.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μεγαλάκη Α. και Χατζοπούλου Μ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας. Νοσηλευτική 2001, 40(1), 34-40.
- Μηνασίδου Ε. και Λεμονίδου Π. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. Νοσηλευτική 2005, 44(2):202-211.
- Ferrell B., Schmidt G.M., Rhiner M., Whitehead C., Fonbuena, and Forman S.J. The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors: Part 1. The impact of bone marrow transplant on quality of life. Cancer Nursing 1992; 15(3):153-160.
- Ferrell B., Grant M., Schmidt, Rhiner M., Whitehead C., Fonbuena P. and Forman S. The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors: Part 2. Improving quality of life for bone marrow transplant survivors. Cancer Nursing 15(4):247-253.
- Cooley, M. E. Quality of life in persons with non-small cell lung cancer: A concept analysis. Cancer Nursing, 1998; 21(3):151-161.
- Richardson A., Miller M and Potter H. Developing, Delivering, and Evaluating Cancer Nursing Services. Cancer Nursing 2002; 25(5):404-415.
- Βαρουφάκης (1997), Αρχαία Ελλάδα και Ποιότητα. Εκδόσεις Αίολος, Αθήνα.
- Δοντάς Ν. (1998). Ποιότητα ζωής και καρκίνος. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Αθήνα 1998, σελ.13-18.
- McKeon R. Introduction to Aristotle. New York: Modern Library, 1947. 51 Quigley K.M. The adult cancer survivor: psychosocial consequences of cure. Semin Oncol Nurs 1989; 5:63-69.
- Ζυγά Σ. Τα οικονομικά της ποιότητας στην τεχνολογία υγείας. Νοσηλευτική 1999, 38(1), 83-89.
- Ραφτόπουλος Β. και Θεοδοσοπούλου Η. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας. Νοσηλευτική 2001 : 40(1): 8-23.
- Ρηγάντος Γ. Καρκίνος και ποιότητα ζωής. Ελληνική Ογκολογία 1993, 29:20-21.
- Τριχίλης Ε. Ο ρόλος της πλαστικής χειρουργικής στην ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς. Ελληνική Ογκολογία 1993, 29:43-46.
- Καρβούνης Ν. Θεραπευτικές εξελίξεις και βελτίωση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) με ιδιαίτερη αναφορά στα νεότερα κυτταροστατικά. Ελληνική Ογκολογία 1993, 29:40-42.
- Μαρινάκης Θ. Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με κακοήγη αιματολογικά νοσήματα. Ελληνική Ογκολογία 1993, 29:61.
- Reele B.L. Effect of counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. Cancer Nursing 1994; 17(2):101-112.
- Bond S. and Thomas L.H. Issues in measuring outcomes of nursing. Journal of Advanced Nursing 1991, 16:1492-1502.
- Μερκούρης Α. και Λεμονίδου Χ. Μέτρηση ποιότητας Νοσηλευτικής Φροντίδας. Νοσηλευτική 1999, 38(1), 6-15.
- CBO. Nursing quality assurance in practice. Utrecht: RCN/CBO Publication 1990.
- Institute of Medicine. Health, health care, and quality of care. In K. Lohr (Ed.), Medicare: A strategy for quality assurance: Vol.1, pp.19-44. Washington, D.C.: National Academy Press 1990.
- Office of Technology Assessment, OTA. Patients' assessments of their care; Information for consumers, (OTA Publication No. OTA-H386), pp.231-247. Washington, DC: US Government Printing Office 1988.
- Οικονομοπούλου Χ.Β. Έλεγχος ποιότητας προσφερομένης Νοσηλευτικής φροντίδας: Σημεία ελέγχου-προτεινόμενες βελτιώσεις. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Εκπαίδευση Εκπαιδευτών. Ελληνική Ανταρκτική Εταιρεία, Αθήνα 2002 :153-166.
- Οικονομοπούλου Χ.Β. Έλεγχος ποιότητας προσφερομένης Νοσηλευτικής φροντίδας. Σημεία ελέγχου-Προτεινόμενες βελτιώσεις. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Μάρτιος- Ιούνιος 1999. Ελληνική Ανταρκτική Εταιρεία. Αθήνα 2000:166-178.
- Walsh M. and Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, Journal of Advanced Nursing 1999; 29:307-315.
- Λαχανά Ε. και Κοτρώτσιου Ε. Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική 2002, 41(3), 288-294. 3P
- Λιαρόπουλος Α. Η ποιότητα στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας: Η ποιότητα στην περιθαλψη. Οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Πανεπιστημιακές παραδόσεις, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2003:175-179.
- ISO 9004-2. Οδηγός για Υπηρεσίες. Αναθεώρηση 1993, 1^η έκδοση 1987.
- Ραφτόπουλος Β. Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας. Νοσηλευτική 2001, 40(1), 8-23.
- Mooney K.H. Promoting Professional Oncology Nursing Practice through Position Papers. Seminars in Oncology Nursing, 2004, 20(2):74-88.
- Tishelman C. Degner L.F. and Mueller B. Measuring Symptom Distress in Patients With Lung Cancer. A pilot study of experiences intensity and importance symptoms. Cancer Nursing 2000; 23(2); 82-90. Erratum Cancer Nursing 2000; 23(3); 163.
- Stromborg M. Selecting an instrument to measure quality of life. Oncol. Nurs. Forum 1984; 11: 88-91.
- King CR. Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In: King CR, Hinds Ps eds. Quality of life from Nursing and Patients Perspectives. 1st edition. Massachusetts, Boston, Toronto, London, Singapore; Jones and Bartlett Publishers, 1988; 23-24.
- Cella DF and Tulsky DS: Measuring quality of life today; Methodological aspects. Oncology 1990, 4; 29-38.
- Cook Gotay CA, Korn ED, McCabe MA, Moore II, and Cheson BR. Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols; Research Issues in Protocol Development. J. Natl Cancer Inst. 1992, 84; 575-579.
- Κατσαράγκης Σ. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Εκπαίδευση εκπαιδευτών. Μάρτιος-Ιούνιος 2002, Αθήνα 2003, σελ.65-72.
- Jones PW. Issues concerning health-related quality of life in COPD. Chest 1995; 107; 1875-1935.
- Αλεξανδροπούλου Μ. και Τσουροπλή Α. Αξιολόγηση του κόστους της ποιότητας φροντίδας υγείας και της ποιότητας ζωής στο νοσοκομείο και στην κατ' οίκον νοσηλεία. Νοσηλευτική 2005; 44(1):24-30.
- Padilla G.V., Ferrell B, Grant M.M. and Rhiner M. Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain.

- Cancer Nursing 1990;13(2):108-115.
39. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου. Κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος καρκίνος. Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδας, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Η Ευρώπη κατά τον καρκίνο, Αθήνα 1991,σελ.23-30.
 40. Molassiotis A. and Morris P.J. Quality of life in patients with chronic myeloid leukemia after unrelated donor bone marrow transplantation. Cancer Nursing 1999; 22(5): 340-349.
 41. Μηνασίδου Ε. & Λεμονίδου Χ. Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. Νοσηλευτική 2005, 44(2): 202-211
 42. Rustoen T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patient. A theoretical analysis. Cancer Nursing 1995, 18(5):355-361.
 43. Samarco A. Psychosocial Stages and Quality of Life of Women with Breast Cancer. Cancer Nursing 2001;24(4):272-277.
 44. Ishihara K. Long-term quality of life in patients after total gastrectomy. Cancer Nursing 1999;22(3):220-227.
 45. Bertero C, Eriksson B.E. and A. -C.Ek. Explaining different profiles in quality of life experiences in acute and chronic leukemia. Cancer Nursing 1997; 20(2):100-104.
 46. Rustoen T, Wiklund I, Hanestad B.R. and Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. Cancer Nursing 1998; 21(4):235-245.
 47. Μαρινάκης Θ., Ντουνά Β., Παπαδημητρίου Χ., Καψάλας Δ., Σήρας Ν., Φερετάκης Α. Ποιότητα ζωής/επιβίωσης σε ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία. Ελληνική Ογκολογία 1993,29: 53-55.
 48. Wyszewianski L. The emphasis on measurement in quality assurance: Reasons and implications. Inquiry 1988, 25:424-436.
 49. Χαρχαρίδου Μ. Κριτήρια ποιότητας Νοσηλευτικής φροντίδας. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Εκπαίδευση Εκπαιδευτών, περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, Β Τόμος, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σελ.146-152.
 50. Golant M., Alman T. and Martin C. Managing Cancer Side Effects to Improve Quality of Life: A Cancer Psychoeducation Program. Cancer Nursing 2003; 26(1): 37-44.
 51. Quigley K.M. The adult cancer survivor: psychosocial consequences of cure. Semin Oncol Nurs 1989, 5:63-69
 52. Padilla GV, Grant MM, Ferrell B. Nursing research into quality of life. Quality of Life Res 1992; 1:341-8.
 53. Belcher A. Nursing aspects of quality of life enhancement in cancer patients. Oncology 1990;4:197-208.
 54. Sims S. Hope and coping with cancer. Nurs RSA Verpleging 1989;4:33-39.
 55. Fawzy F.I., Fawzy N.W., Arndt L.A., Pasnau R.O. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Arch Gen Psychiatry 1995, 50:100-113.
 56. Gridelli C, Perronc F, Nelli F, Ramponi S, Marinis FDe. Quality of life in lung cancer patients. Annals of Oncology 2001; 12(suppl 3):S21-S25.
 57. Slevin M. L., Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, et al. Attitudes to chemotherapy; comparing views of patients with cancer with those of doctor, nurses, and general public. Br. Med. J. 1990; 300:1458-60.
 58. Silvestri G, Pritchard R, Welch Gilbert. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. Br. Med. J. 1990; 317(7161):771-5.
 59. Παπαγεωργίου Δ. Αξιολόγηση των προσεγγίσεων διασφάλισης της ποιότητας Νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση συστημάτων μέτρησης της ποιότητας. Νοσηλευτική 1998,37(4):353-360.
 60. Swansburg R. and Swansburg L. Nursing Staff Development. Boston-London, 1995.
 61. Schipper H. and Levin M. Measuring Quality of Life: Risks and Benefits. Cancer Treat. Rep. 1985; 69:O15-O22.
 62. Λαζάρου Π. Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μέσα από τα μάτια των ασθενών. Νοσηλευτική 2000,4,σελ.375-379.
 63. Davis M. Quality in Care. Part (1): What is quality? Nursing Time 1992; 88(39), i-viii.
 64. Kinn S. Clinical audit; a tool for nursing practice. Nurs. Stand. 1995; Jan 4-10:9(15):35-6.
 65. Ash J. Multi-disciplinary audit and the mental health nurse. Ment - Health - Care. Oct;1(2):58-60.
 66. La Penta C. and Jacobs G. Application of group process model to performance appraisal development in CQL environment. Health care management review 1997;21(4):45-60.
 67. Δημητρόπουλος Σ. Συμβουλευτική και συμβουλευτική ψυχολογία. Αθήνα, Εκδ. Γρηγόρη, 1999.
 68. Ραγιά Α. Νοσηλευτική δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας. Νοσηλευτική 2002,3,266-273.
 69. Ραγιά Α. Διαπροσωπική διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική 2004,43(2):153-160.
 70. Κυζιρίδης Θ.Χ. Ψυχοπαθολογία του καρκίνου. Νοσηλευτική 2005,44(2):186-193.
 71. Λάκα Ε.,Καριπίδου Μ.,Τερχή Β. και Χαλκιά Μ. Αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο. Ψυχοκοινωνική Διάσταση του καρκίνου.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.Αθήνα 1991,σελ.115-124.
 72. Ραγιά Α.Χ. Ψυχοκοινωνική Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήγη νοσήματα.Ημερίδα:Αλλαγή σωματικής εικόνας;Μια ξεχασμένη Νοσηλευτική πρωτεριάδιότητα στον άρρωστο με καρκίνο.Πρακτικά ,Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδας,Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής,Αμφιθέατρο Νοσοκομείου ΝΙΜΙΤΣ,Αθήνα 6/2/1992.

ΥΠΕΡΚΥΣΤΙΚΕΣ ΕΚΤΡΟΠΕΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ

Θ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΘΑΝΟΣ
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ο.Ν.Α "ΑΓ.ΣΑΒΒΑΣ"

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μόνιμοι τρόποι εκτροπής των ούρων απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο της κύστεως που χρειάζονται κυστεκτομή. Όπως έχει υπολογισθεί 50.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου της κύστεως διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ. Από αυτούς τους ασθενείς 25% θα χρειασθούν ολική κυστεκτομή και εκτροπή των ούρων.¹ Επιπλέον γίνονται 4000 άλλες περιπτώσεις εκτροπής των ούρων για καλοήθεις παθήσεις της κύστεως².

Μέχρι σήμερα έχουν προταθεί και εφαρμοσθεί πολλοί τύποι εκτροπής των ούρων χωρίς βέβαια κανένας να έχει γίνει κοινά αποδεκτός. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι η κάθε μέθοδος έχει τις ενδείξεις της τα πλεονεκτήματα της αλλά και τα μειονεκτήματα της. Έτσι ο χειρουργός θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει και να εφαρμόσει τον τύπο της εκτροπής που ενδείκνυται σε κάθε ασθενή. Καθοριστικό παράγοντα επιλογής αποτελεί η πρόγνωση της πάθησης, δηλαδή το στάδιο της νόσου σε συνδυασμό με την ηλικία και την γενική κατάσταση του ασθενούς. Συνυπάρχουσες οργανικές παθήσεις ή λειτουργικές παθήσεις του εντέρου ή προηγούμενες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις που είναι δυνατόν να έχουν ως αποτέλεσμα τεχνικές δυσκολίες, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Τέλος η εμπειρία της χειρουργικής ομάδας σε ένα συγκεκριμένο είδος εκτροπής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα.

Οι εκτροπές των ούρων διακρίνονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: εκείνες που η κένωση της κύστεως ελέγχεται από τον ασθενή και λέγονται εγκρατείς και τις ακρατείς που απαιτούν την εφαρμογή συσκευής συλλογής των ούρων.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτη εγκρατής εκτροπή των ούρων αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία από τον Simon

το 1852³. Χειρουργώντας ένα ασθενή με εκτροφή της κύστεως ο Simon έκανε μια ουρητηρο-ορθική αναστόμωση. Όμως η πρώτη προσπάθεια διεθνώς για δημιουργία τεχνητής κύστεως, ήταν από τους Tizzoni & Foggi το 1888⁴. Οι συγγραφείς απομόνωσαν μια έλικα ειλεού αποκαθιστώντας την συνέχεια του εντέρου και στην έλικα αυτή αναστόμωσαν τους ουρητήρες και την έλικα την εμφύτευσαν στον αυχένα της κύστεως σε σκύλο. Το πειραματικό αυτό μοντέλο όπως και η Camey I ήταν και είναι η πρώτη φορά που μια εντερική νεοκύστη αναστομώνεται με τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως χρησιμοποιώντας για έλεγχο των ούρων τον σφιγκτήρα της κύστεως.

Ο Verhoogan το 1908 χρησιμοποίησε το ειλεοκυψακτικό τμήμα του εντέρου και την σκωληκοειδή για να δημιουργήσει το πρώτο καθετηριαζόμενο εγκρατές reservoir σε δυο ασθενείς με καρκίνο της κύστεως. Και οι δυο ασθενείς πέθαναν τις επόμενες μέρες. Η πρώτη επιτυχής αυτής της μεθόδου ήταν από τον Έλληνα καθηγητή Μακκκά το 1910⁵. Αυτός τροποποίησε τη μέθοδο εμφυτεύοντας το τρίγωνο στο τυφλό σε ένα δεύτερο στάδιο αφού είχε απομονώσει το reservoir σε ένα πρώτο στάδιο. Η συνολική εγχειρητική θνησιμότητα της μεθόδου Verhoogan-Μακκκά ήταν 67% (8 από τους 12 πρώτους ασθενείς πέθαναν).

Η εισαγωγή των αντιβιοτικών μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ελλάτωσε την μετεγχειρητική θνησιμότητα, όμως οι ουρολόγοι δεν ήταν ικανοποιημένοι από τις περιεγγραφείσες μεθόδους. Ο συνδυασμός της καλύτερης επιβίωσης των ασθενών λόγω των αντιβιοτικών και η αποδοχή από την ιατρική και διεθνή κοινότητα της ακρατούς νεοκύστης με τη χρήση όμως ειδικού σάκου συλλογής των ούρων (Rutzens bag) ήταν υπεύθυνα για το κύμα ενθουσιασμού που ακολούθησε την περιγραφή από τον Bricker της τεχνικής για δημιουργία ειλεοκύστης⁶. Στην πραγματικότητα η μέθοδος είχε περιγραφεί από τον Seiffert το 1935 όμως η απουσία ειδικών σάκων

συλλογής των ούρων έκανε μη αποδεκτή τη μέθοδο. Η ευκολία στην τεχνική της μεθόδου όπως και η χαμηλή συχνότητα επιπλοκών οδήγησαν στο να γίνει η μέθοδος Bricker ο χρυσός κανόνας για την εκτροπή των ούρων.

Οι Maurice και Camey το 1979 επανεισήγαγαν την αναστόμωση του σάκου στο κολόβωμα της ουρήθρας μετά την κυστεκτομή και επανέφεραν το ενδιαφέρον για την δημιουργία λειτουργικών νεοκύστεων από διάφορα τμήματα του εντερικού σωλήνα.

Υπήρξαν διάφοροι σταθμοί από την περιγραφή της πρώτης Camey I μέχρι την δημιουργία της ορθότοπης εγκρατούς νεοκύστης από λεπτό έντερο που χρησιμοποιείται σήμερα ευρύτερα σε όλο τον κόσμο. Η μέθοδος ανεπτύχθη στο πανεπιστήμιο Ulm σαν μια επέκταση της Camey II και περιγράφηκε από τον Hautman το 1988⁷.

A) ΜΗ ΕΓΚΡΑΤΕΙΣ ΕΚΤΡΟΠΕΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

Έχουν περιγράψει διάφοροι τρόποι μη εγκρατούς εκτροπής των ούρων με την χρησιμοποίηση μόνο των ουρητήρων ή με την μεσολάβηση μεταξύ ουρητήρων και κοιλιακού τοιχώματος κάποιου τμήματος του εντερικού σωλήνα. Για λόγους συντομίας και καλύτερης εκπαίδευσης θα περιγραφούν μόνο η κλασσική ουρητηροστομία στο δέρμα και η ειλεοκύστη κατά Bricker που πιστεύουμε ότι έχουν αντέξει στο χρόνο και χρησιμοποιούνται και σήμερα σε όλα σχεδόν τα ουρολογικά κέντρα στον κόσμο.

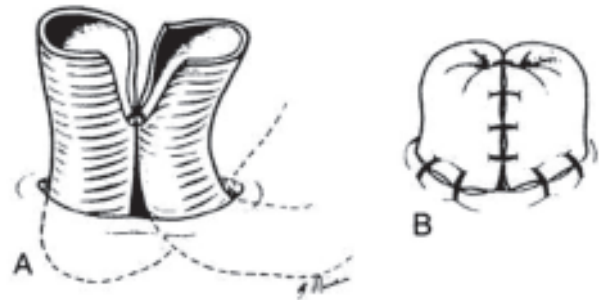
1. Ουρητηροστομία στο δέρμα

Έχει το μεγάλο πλεονέκτημα ότι επιτυγχάνεται εκτροπή των ούρων χωρίς την ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης στο έντερο. Επομένως αποφεύγονται οι πολλές επιπλοκές που συνοδεύουν την χειρουργική του εντέρου και βεβαίως αποφεύγονται και οι επιπλοκές που προέρχονται από την απορρόφηση των ούρων από τα εντερικά τμήματα που χρησιμοποιούνται στις άλλες μεθόδους. Έχει το μεγάλο μειονέκτημα ότι πολύ συχνά δημιουργείται στένωση του δερματικού στομίου και λόγω της εκτεταμένης παρασκευής του ουρητήρα και κατ'επέκταση της κατάργησης της αιμάτωσης καταργείται η περίσταλη και έτσι υπάρχει η ανάγκη χρησιμοποίησης διαφόρων τύπων ουρητηρικών καθετήρων (καθετήρας Folley ,καθετήρες ουρητηροστομίας, Pig-tail) που χρήζουν τακτικής αντικατάστασης.

Σήμερα έχει σαν ένδειξη εφαρμογής σε ασθενείς με βραχύ χρόνο προσδόκιμου επιβίωσης όπως και σε περιπτώσεις που αποφασίζουμε την παρηγορητική

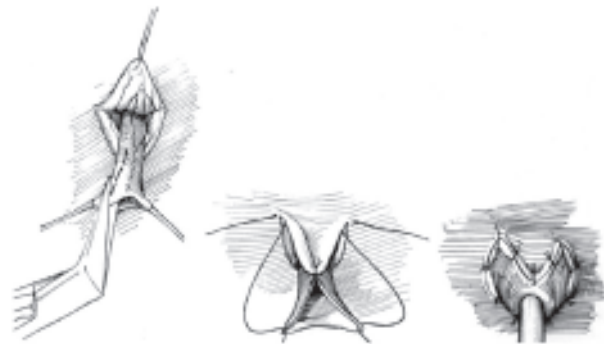
(salvage) κυστεκτομή σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας

Στην ουρητηροστομία στο δέρμα ,το στόμα θα πρέπει να τοποθετείται στην πλευρά του διατεταμένου ουρητήρα. Εάν και οι δυο ουρητήρες είναι διατεταμένοι και σχεδιάζεται στομία δικήν δικάννου το στόμα θα πρέπει να σχεδιάζεται στην πλευρά του βραχύτερου ουρητήρα. Ο ουρητήρας θα πρέπει να παρασκευάζεται οπισθοπεριτοναϊκά κοντά στην ουροδόχο κύστη. Κατά την παρασκευή θα πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για την προστασία της αιμάτωσης. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν περισσότερο περιουρητηρικό λίπος. Εάν πρόκειται να γίνει αμφοτερόπλευρη ουρητηροστομία τα δυο τελικά άκρα είτε ενώνονται σε ένα τελικό στόμιο στα τελευταία δυο εκατοστά ή φέρονται χωριστά σε απόσταση 2-3 εκατοστά μεταξύ τους (εικόνα 1).



Εικόνα 1

Εάν πρόκειται για μονήρη ουρητηροστομία θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια διάνοιξης του στόματος και του τελικού άκρου του ουρητήρα με τη μέθοδο v-flap (εικόνα 2).



Εικόνα 2

2. Ουρητηρο-ειλεοστομία(ileal conduit)

Αποτελεί την εκτροπή των ούρων σε βραχύ τμήμα ειλεού που φέρεται και αναστομώνεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Υπήρξε ο πιο δημοφιλής τρόπος εκτροπής μέχρι την εμφάνιση των ορθότοπων εγκρατών νεοκύστεων στις αρχές της τελευταίας δεκαετίας του αιώνα. Σήμερα έχει περιορισθεί η χρησιμοποίηση της μεθόδου όμως εξακολουθεί να έχει τις ενδείξεις της. Η από τον Bricker περιγραφείσα τεχνική άντεξε στην δοκιμασία του χρόνου και η μόνη τροποποίηση που επιδέχεται είναι το είδος της ουρητηρο-εντερικής αναστόμωσης.

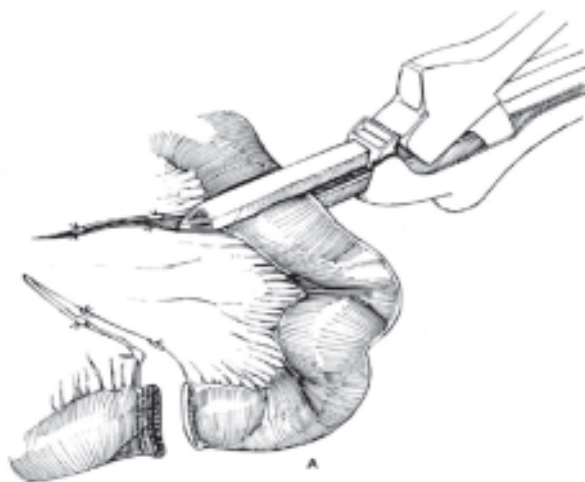
Απαραίτητη προϋπόθεση για την προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς αποτελεί η επιλογή θέσης της στομίας, δεδομένου ότι η φυσική κατάσταση του δέρματος πχ πτυχές, παλαιές ουλές, μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα την μη καλή εφαρμογή του σάκου συλλογής των ούρων. Επίσης η φυσική κατάσταση των άνω άκρων και η δυνατότητα άμεσης όρασης της στομίας αποτελεί καθοριστικούς παράγοντες καλής λειτουργίας της συσκευής συλλογής των ούρων

ΤΕΧΝΙΚΗ

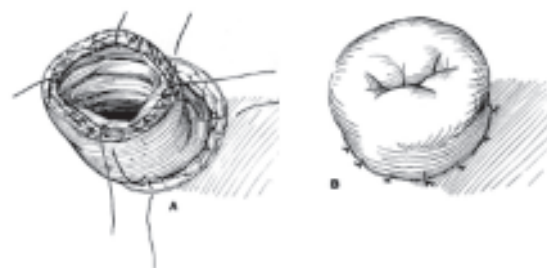
Τομή μέση υπερ-υπομφάλιος. Διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας. Απώθηση και ακινητοποίηση των εντερικών ελίκων στην άνω κοιλία. Εκατέρωθεν του σιγμοειδούς και αντίστοιχα προς το άνω χείλος της ελάσσονος πυέλου διανοίγεται το οπίσθιο περιτόναιο. Αναζητούνται και κινητοποιούνται οι ουρητήρες, καταβάλλοντας ιδιαίτερη προσπάθεια διατήρησης των τροφοφόρων αγγείων του ορογόνου. Διατέμνονται οι ουρητήρες στο ύψος της προκυστικής μοίρας και λαμβάνεται τμήμα από το τελικό τους άκρο για βιοψία. Δημιουργείται οδός επικοινωνίας κάτωθεν του μεσοκόλου, αντίστοιχα προς το ακρωτήριο των μαιευτήρων και μεταφέρεται ο αριστερός ουρητήρας δια μέσου του ανοίγματος στη δεξιά πλευρά πλησίον του δεξιού ουρητήρα. Καταβάλλεται προσπάθεια αποφυγής γωνίωσης και συστροφής των ουρητήρων. Περί τα 20cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα απομονώνεται τμήμα εντερικής έλικας, το μήκος υπολογίζεται με βάση τα σωματικά χαρακτηριστικά του ασθενούς(εικόνα 3Α). Παρασκευάζεται ο αγγειακός μίσχος της έλικας ο οποίος θα πρέπει να περιέχει δυο αγγειακά τόξα τροφοδοτούμενα από δύο μεγάλα αγγεία. Το περιφερικό χείλος της τομής του μεσεντερίου θα πρέπει να είναι βαθύτερο του εγγύς, ώστε να εξασφαλισθεί η εξωπεριτοναϊκή τοποθέτηση του περιφερικού άκρου τής έλικας δια μέσου του κοιλιακού τοιχώματος και η δημιουργία στομίας καλής

λειτουργίας(εικόνες 4Α,4Β).

Αποκαθίσταται η συνέχεια του εντέρου και συρράπτεται το άνοιγμα του μεσεντερίου(εικόνα 5Β,5C,5D). Όπως προκύπτει από την ουροδυναμική ανάλυση της λειτουργικότητας της ειλεοκύστης με ελεύθερη στομία στο δέρμα, η πίεση εντός του αυλού της, η οποία οφείλεται αμιγώς στον περισταλτισμό των λείων μυικών ινών του τοιχώματος, δεν ξεπερνά τα 10cm H₂O. Οι παρατηρήσεις αυτές μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ναι μεν δεν είναι απαραίτητη η δημιουργία αντιπαλινδρομικού μηχανισμού εμφύτευσης των ουρητήρων, αλλά επιβάλλεται ο κατά διαστήματα έλεγχος της καλής λειτουργίας της στομίας.



Εικόνα 3Α



Εικόνα 4Α,4Β



Εικόνες 5Β,5C,5D

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η ριζική κυστεκτομή σε συνδυασμό με την υπερκυστική εκτροπή των ούρων, συνιστά χειρουργική επέμβαση μακράς διάρκειας με πολλούς χειρουργικούς χρόνους, που στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμόζεται σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας και γενικώς κακής φυσικής καταστάσεως. Κατά τα τελευταία έτη η θνησιμότητα μειώθηκε από το 10%-30% στα 1%-3%. Αυτό οφείλεται στην βελτίωση της προεγχειρητικής υποστήριξης του ασθενούς, στη βελτίωση της αναισθησίας και γενικά στη βελτίωση της χειρουργικής τεχνικής, αποτέλεσμα των οποίων είναι η μείωση των πρώιμων επιπλοκών όπως η στένωση της στομίας, η διαβροχή, και το έμφρακτο των αγγείων της έλικας. Στις όψιμες επιπλοκές αναφέρεται σε ένα ποσοστό 10-30% η πυελονεφρίτις και σε ένα ποσοστό 4-30% η λιθίαση φλεγμονώδους αιτιολογίας. Τέλος δύο παράγοντες έχουν σήμερα αναμφίβολα περιορίσει τις επιπλοκές της μη εγκρατούς ειλεοκύστης. Ο ένας είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των συσκευών συλλογής και των φαρμακευτικών σκευασμάτων περιποίησης του πέριξ δέρματος και ο άλλος είναι η καθιέρωση ειδικότητας φροντίδας των στομίων στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Β) ΕΓΚΡΑΤΕΙΣ ΕΚΤΡΟΠΕΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

Είναι οι εκτροπές των ούρων στις οποίες οι ασθενείς δεν χρειάζονται εξωτερικές συσκευές συλλογής των ούρων.

Οι τρόποι χωρίζονται σε τρεις ομάδες :

1. Πρώτη ομάδα στην οποία δημιουργείται σάκος συλλογής των ούρων από κάποιο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και βαλβίδα συγκράτησης των ούρων μέσα στον σάκο και στην οποία ομάδα χρειάζεται αυτοκαθετηριασμός των σάκων για κένωση κατά τακτά χρονικά διαστήματα.

2. Η δεύτερη ομάδα στην οποία οι ουρητήρες αναστομούνται σε κάποιο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνος απ' ευθείας και τα ούρα αποβάλλονται μαζί με τα κόπρανα και

3. Η τρίτη ομάδα στην οποία η κύστη αντικαθίσταται με νεο-κύστη από έντερο που αναστομείται στην ουρήθρα και η οποία κενούται είτε αυτόματα είτε με αυτοκαθετηριασμούς.

1. Εκτροπές με εγκρατή κοιλιακά στόματα:

Γαστρικός σάκος: Το 1956 ο Sinaiko παρουσίασε τα πρώτα αποτελέσματα από την χρησιμοποίησή του

θόλου και του σώματος του στομάχου για δημιουργία σάκου συλλογής ούρων. Ένα διαδερμικό στόμα δημιουργήθηκε με την χρήση κάνουλας από ορείχαλκο. Ο μεταβολικός έλεγχος για πάνω από 15 μήνες ώθησε τον συγγραφέα για να εφαρμόσει την μέθοδο στον άνθρωπο. Το 1960 παρουσίασε 2 περιπτώσεις στις οποίες δημιούργησε εγκρατές κοιλιακό στόμα σε γαστρικό σάκο, όμως η τεχνική της εγκράτειας ήταν αόριστη. Το κοιλιακό τοίχωμα συρράπτετο σε στρώματα γύρω από τον σάκο.

Η εξέλιξη των ασθενών ήταν καλή, όμως η μέθοδος δεν συνεχίστηκε.

Ειλεο-τυφλικός σάκος: Ο ειλεο-τυφλικός εγκρατής σάκος περιγράφηκε πρώτα το 1908 από τον Verhoogen αλλά εχρησιμοποιήθη σπάνια μέχρις ότου περιγράφηκε στην Αμερικανική βιβλιογραφία από τον Gilchrist το 1950. Η εγκράτεια εξαρτάται από την φυσιολογική ειλεο-τυφλική βαλβίδα, ένα αντιπερισταλτικό μήκος ειλεού και ένα μικρό δερματικό στόμα. Η εγχείρηση του Gilchrist χρησιμοποιούσε αντιπαλινδρομική εμφύτευση των ουρητήρων στο τυφλό. Με παρακολούθηση μέχρι 20 χρόνια ο Sullivan το 1973 ανέφερε 94% εγκράτεια και 7% παλινδρόμηση. Πολλές τροποποιήσεις αυτής της εγχείρησης έχουν περιγραφεί.

Ειλεϊκός σάκος (Koch): Το 1969 ο Koch περιέγραψε την δημιουργία ενός σάκου αποσωληνωμένου ειλεού σε 5 ασθενείς. Η θεωρία της χρήσης αποσωληνωμένου εντέρου βασίστηκε στις πρώτες εργασίες του Koch ο οποίος είχε δείξει ότι η αποσωληνοποίηση αύξησε την χωρητικότητα και ανέστειλε τον σχηματισμό περισταλτικών κυμάτων⁸. Ο σάκκος του Koch δημιουργείται από ένα τμήμα ειλεού μήκους 60-70cm. Το κεντρικό τμήμα αποσωληνοποιείται και τα άλλα δύο άκρα αφού εγκολεασθούν μετατρέπονται σε βαλβίδες. Στο ένα από τα άκρα εμφυτεύονται οι ουρητήρες ενώ το άλλο φέρεται σε δερματικό στόμα. Ο Koch και συν. περιέγραψαν ότι δυσλειτουργία της βαλβίδος παρουσιάστηκε σε 8 από τους 12 πρώτους ασθενείς τους που χρειάστηκαν επανεπέμβαση για αποκατάσταση της εγκράτειας. Ο Skinner και συν. το 1987 παρουσίασαν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου σε 250 ασθενείς, 16% είχαν πρώιμες επιπλοκές υπήρξε ένα 2% εγχειρητικής θνησιμότητας και απώτερες επιπλοκές σε 31% των περιπτώσεων⁹. Οι περισσότερες απώτερες επιπλοκές είχαν σχέση με την λειτουργία της βαλβίδος εγκράτειας και έχουν σαν αποτέλεσμα διαφυγή ούρων, δυσκολία στους καθετηριασμούς, παραστοματικές κήλες. Η χωρητικότητα των σάκων είναι συνήθως 500-1000 cc και η πίεση μέσα στον σάκο φθάνει τα 20cm στήλης νερού.

Ειλεοτυφλικός σάκος (Mainz): Ο σάκκος Mainz

αποτελεί μικτό αποσωληνωποιημένο σύστημα τυφλού, ανιόντος κόλου και 2 ελίκων ειλεού και έχει χρησιμοποιηθεί από το 1983 (Thuroff και συν. 1986).¹⁰ Οι ουρητήρες εμφυτεύονται στο ανιόν κόλον με την χρησιμοποίηση αντιπαλινδρομικής τεχνικής και η εγκράτεια επιτυγχάνεται με την δημιουργία δια ειλεο-ειλεϊκού εγκολεασμού βαλβίδος εγκράτειας.

Η εμπειρία του Mainz ξεπερνά τις 100 περιπτώσεις με παρακολούθηση μέχρι 23 μήνες. Περιεγχειρητικές επιπλοκές υπήρξαν σε 7 ασθενείς και απώτερες επιπλοκές σε 18. Οι περισσότερες από τις απώτερες επιπλοκές είχαν σχέση με την βαλβίδα εγκράτειας των ούρων. Η μέση χωρητικότητα ήταν 622 mL με πιέσεις που φθάνουν μέχρι 33-41cm H₂O.

Τυφλο-ειλεϊκός σάκκος (Indiana): Ο σάκος Indiana αναπτύχθηκε το 1982 και αποτελείται από 20cm τυφλού και ανιόντος κόλου του οποίου η αποσωληνωποίηση διακόπτεται από ένα ειλεϊκό ή σιγμοειδικό patch, αντιπαλινδρομική ουρητηρο-τυφλική αναστόμωση και μηχανισμό εγκράτειας που βασίζεται στην ειλεοτυφλική βαλβίδα και 12-15 . Σε μια σειρά 29 ασθενών 93% είχαν αποδεκτή ημερήσια εγκράτεια και 76% νυχτερινή εγκράτεια με παρακολούθηση 14 μηνών.

2. Εκτροπές με εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο:

Ουρητηροσιγμοειδοστομία: Μέχρι το 1960, η ουρητηροσιγμοειδοστομία που περιγράφηκε πρώτα το 1851 από τον Lloyd υπήρξε δημοφιλής τρόπος εκτροπής. Η σπουδαιότητα της προφύλαξης από την παλινδρόμηση κοπράνων οδήγησε στην ανάπτυξη διαφόρων τεχνικών αντιπαλινδρομικής εμφύτευσης των ουρητήρων στο σιγμοειδές (Coffey 1911, Nesbit 1949, Leadbetter 1951)^{11,12,13}

Η ουρητηροσιγμοειδοστομία θα πρέπει να απευθύνεται μόνο σε ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και φυσιολογικούς ουρητήρες στους οποίους έχει ελεγχθεί εγκράτεια του ορθού.

Οι απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνουν την πυελονεφρίτιδα, την νεφρολιθίαση, απώλεια νεφρικής λειτουργίας, υπερχλωραιμική οξέωση, καρκίνωμα στο κόλον και ακράτεια κοπράνων. Η πυελονεφρίτις γενικά σχετίζεται με την παρουσία παλινδρόμησης και μπορεί να προληφθεί με σωστή αντιπαλινδρομική εμφύτευση των ουρητήρων. Η νεφρολιθίαση σχετίζεται με την παρουσία ουρολοίμωξης με μικρόβια παράγοντα ουρεάση. Η υπερχλωραιμική οξέωση και υποκαλιαιμία παρουσιάζεται με δίψα, λήθαργο, ανορεξία, ναυτία, έμετο, διάρροια και κόμα. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές παρουσιάζονται σε 80% των περιπτώσεων. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο έντερο είναι μεταξύ 5-11% και 17% για ανάπτυξη αδενωμάτων. Αυτό παριστά ένα σχετικό κίνδυνο 150 φορές περισσότερο από τον

φυσιολογικό πληθυσμό. Η αιτιολογία έχει σχέση με την παρουσία Ν-νιτροζαμίνης, η οποία προέρχεται από την αντίδραση των νιτρωδών των ούρων και των ενδογενών δευτεροπαθών αμινών με την παρουσία μικτής μικροβιακής χλωρίδας (Stewart et al 1981). Τα καρκινώματα συνήθως παρουσιάζονται μετά λανθάνουσα περίοδο 15 ετών. Συνήθως μετά ουρητηροσιγμοειδοστομία οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε έλεγχο με κολonosκόπηση.

Διευρυμένο και με χρήση βαλβίδος ορθό: Μια νέα τεχνική εκτροπής των ούρων που περιλαμβάνει την ανάπτυξη αντιπαλινδρομικής βαλβίδος στην ορθοσιγμοειδική γωνία και μεγέθυνση του ορθού με τμήμα από ειλεό περιγράφηκε από τους Koch και συν. το 1988. Η όλη εγχειρητική μέθοδος προστατεύεται με εγκάρσια κολοστομία για 6-8 εβδομάδες. Από 16 ασθενείς που παρακολουθήθηκαν για 3-14 μήνες όλοι ήταν εγκρατείς με συχνότητα νυκτερινής ούρησης 0-2 φορές. Μολονότι αυτή η μέθοδος αναπτύχθηκε για να ελαττώσει τον κίνδυνο μεταβολικών διαταραχών όπως συμβαίνει στην ουρητοροσιγμοειδοστομία, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος εξακολουθεί να υπάρχει και έτσι η μέθοδος θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από 15 χρόνια.

Ουρητηρο-γαστρο-σιγμοειδοστομία: Το 1969 ο Karow & Tompson εισήγαγαν την ουρητηρογαστρο-σιγμοειδοστομία σε 6 σκυλιά με χρήση τμήματος από μείζον τόξο του στομάχου. Η υπόθεση τους ήταν ότι ένα τμήμα που εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ θα μπορούσε να προστατεύσει από την ανιούσα πυελονεφρίτιδα και επίσης θα μπορούσε να προστατεύσει την υπερχλωραιμική οξέωση. Μολονότι ο βαριούχος υποκλυσμός επιβεβαίωσε την απουσία παλινδρόμησης και οι ηλεκτρολύτες παρέμεναν φυσιολογικοί σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλα τα σκυλιά παρουσιάστηκαν ανιούσες λοιμώξεις. Η μέθοδος δεν έχει εφαρμοσθεί στην κλινική πράξη.

3. Αντικαταστάσεις κύστεως (Εγκρατείς ορθότοπες νεοκύστες)

Είναι τμήματα εντέρου τα οποία συλλέγουν τα ούρα και αδειάζουν ή με αυτόματη ούρηση ή με διαλείποντες καθετηριασμούς.

Ειλεϊκή κύστη: Οι Tizzoni & Foggi (1988) ήταν οι πρώτοι που δοκίμασαν να κατασκευάσουν μια λειτουργική κύστη από ειλεό. Το 1979 ο Camey¹⁴ ανέφερε τις εμπειρίες του από την τεχνική Camey και πιο πρόσφατα παρουσίασαν τα αποτελέσματα από την χρησιμοποίηση της μεθόδου από το 1959. Η μέθοδος περιελάμβανε την απομόνωση ενός τμήματος

ειλεού μήκους 40cm, το οποίο φέρεται στην ελάσσονα πύελο και αναστομούται στο μέσον του αντιμεσεντερικού χείλους του που έχει πάρει την μορφή U με την μεμβρανώδη ουρήθρα. Οι ουρητήρες αναστομούνται αντιπαλινδρομικά στα ακραία τμήματα του U με διατομή του βλεννογόνου. Σε μια μελέτη 84 ασθενών ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν 9 ώρες και υπήρξαν 4 θάνατοι στις αρχικές περιπτώσεις. Ημερήσια εγκράτεια επετεύχθη σε 90% των περιπτώσεων και νυκτερινή σε 50% των περιπτώσεων. Η χωρητικότητα της κύστεως ήταν από 120-500 ml και πιέσεις μέσα στη κύστη μέχρι 100 cm στήλης ύδατος.

Ειλεοκολική κύστη: Η χρησιμοποίηση μιας ειλεοτυφλικής κύστης περιγράφηκε το πρώτο από τον Cil-Verner το 1956 και αργότερα το 1965. Η εγχείρηση χρησιμοποιεί τα τελευταία 25-30 cm ειλεού μαζί με το τυφλό και το ανιόν κόλο. Οι ουρητήρες αναστομούνται τελικό-πλαγίως στον ειλέο και το τυφλό στην ουρήθρα. Από τους 26 ασθενείς του, ένας πέθανε μετεγχειρητικά από περιτονίτιδα, ένας παρουσίασε παρατεταμένο ειλέο και ένας παρουσίασε στένωση του αυχένος της κύστεως. Δεν εγένετο ιδιαίτερη μνεία στην ακράτεια.

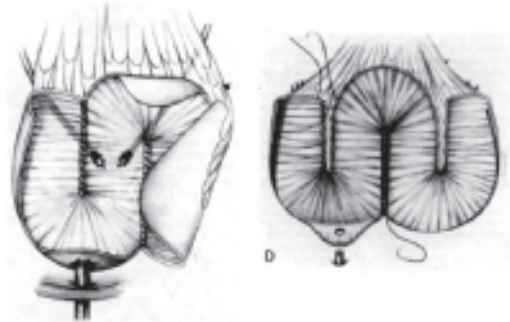
Σιγμοειδική κύστη: Η σιγμοειδική κύστη γίνεται συνήθως με το ίδιο τρόπο της εγχείρησης Camey με μια πλαγιο-τελική κολο-ουρηθρική αναστόμωση. Τα πλεονεκτήματά της έναντι του ειλεού είναι ότι έχει μεγαλύτερη χωρητικότητα και χαμηλότερο ποσοστό ενούρησης παρά τις ψηλότερες πιέσεις που αναπτύσσει (Hrodec 1965). Ο Hrodec ανέφερε ότι από τους 60 ασθενείς τους που υποβλήθηκαν σε αντικατάσταση κύστεως με σιγμοειδές είχε 6,5% θνησιμότητα. Ισχυρίστηκε ότι η εγκράτεια μετά ολική κυστεκτομή εξασφαλίζεται μόνο με τον έξω σφιγκτήρα, που συνήθως χαλαρώνεται κατά τον ύπνο και γι' αυτό παρουσιάζεται η ενούρηση.

Ειλεϊκός αποσωληνοποιημένος σάκος: Υπήρξαν πολλές αναφορές διαφόρων μεθόδων αποσωληνοποίησης του ειλεού για κατασκευή σάκων που θα μπορούσαν να αναστομωθούν στην ουρήθρα. Ο Abu Farha και συν. το 1986 αναστόμωσαν μια Kock pouch με την ουρήθρα και πέτυχαν εγκράτεια σε 6 από 8 ασθενείς.

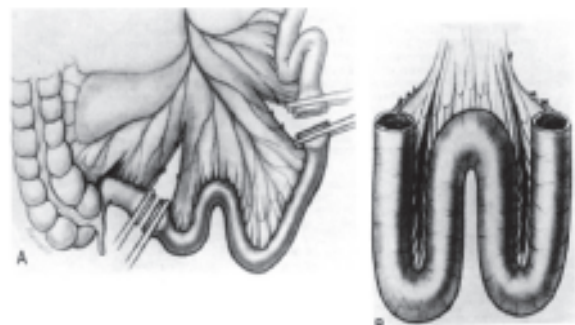
Οι Hautman και συν⁷ το 1988 περιέγραψαν αποσωληνοποίηση ενός τμήματος ειλεού μήκους 60-70cm το οποίο μετασχημάτιζαν σε σχήμα W (εικόνες 6A,6B) και με διατομή στο αντιμεσεντερικό χείλος του μετασχημάτιζαν σε πλάκα στην οποία εμφυτεύονταν οι ουρητήρες (εικόνες 6C,6D). Το τμήμα αυτό αναστομώνετο με την ουρήθρα και τέλος συγκλείετο για να ολοκληρωθεί ο ειλεϊκός αποσωληνοποιημένος σάκος (εικόνες 7A,7B). Πέτυχαν πλήρη ημερήσια εγκράτεια σε 96% των περιπτώσεων και νυκτερινή εγκράτεια σε 80% των περιπτώσεων.

Η χωρητικότητα της κύστεως κυμάνθηκε από 330-1200ml (Μ.Ο. 715 ml) και η ενδοκυστική πίεση από 6-40 cm στήλης ύδατος (Μ.Ο. 26 cm στήλης ύδατος).

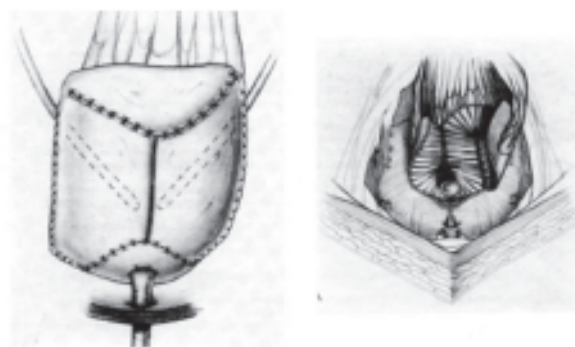
Ορθοσιγμοειδές: Το 1970 ο Ong παρουσίασε την χρησιμοποίηση ενός αποσωληνοποιημένου τμήματος ορθο-σιγμοειδούς και πέτυχε εγκράτεια σε 13 από 21 ασθενείς. Η χωρητικότητα των κύστεων κυμάνθηκε από 200-500ml με πιέσεις 18-60 mm Hg.



Εικόνες 6A,6B



Εικόνες 6C,6D



Εικόνες 7A,7B

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΟΠΩΝ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ

1) Μεταβολική οξέωση

Εμφανίζεται όταν τα ούρα έρχονται σε επαφή με εντερικό βλεννογόνο(ειλεό ή κόλο). Πιστεύεται ότι ο κύριος μηχανισμός είναι η ενεργητική μεταφορά του Cl δια μέσου του τμήματος του εντέρου με ένα κατιόν (υδρογόνου ή NH₄) ώστε να παραμένει η μεμβράνη ουδέτερη. Η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στην οξέωση είναι τα διττανθρακικά (HCO₃), οι πρωτεΐνες του πλάσματος και ο ανόργανος φωσφόρος. Με την νεφρική λειτουργία γίνεται απορρόφηση των διττανθρακικών και απέκκριση οξέων και ιόντων αμμωνίου. Η θεραπεία της υπερχλωραιμικής οξέωσης συνίσταται στον περιορισμό λήψης χλωρίου και στην χορήγηση διττανθρακικού νατρίου. Στους ασθενείς με εκτροπή των ούρων στους οποίους χρησιμοποιούμε τμήμα εντέρου συνιστούμε χρόνια λήψη διττανθρακικών και κατά διαστήματα έλεγχο μεταβολικό και ηλεκτρολυτών.

2) Παραγωγή βλέννης

Ένα μεγάλο πρόβλημα των εκτροπών με έντερο και κυρίως των ορθότοπων νεοκύστεων είναι η παραγωγή βλέννης. Αυξημένη παραγωγή βλέννης οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων και επισχέσεων των ούρων. Όταν οι ασθενείς χρησιμοποιούν αυτοκαθετηριασμούς με καθετήρες μικρότερους από 14 Fr συνιστάται να κάνουν πλύσεις της κύστεως. Απόφραξη του καθετήρα από την βλέννη σε συνδυασμό με ελλειπόμενη αίσθηση πληρότητας μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη της νεοκύστεως. Θεραπευτικά χορηγούνται βλεννολυτικά από το στόμα όπως Mucithiol και Zantac (ρανιτιδίνη)

3) Διαταραχές θρέψης

Εκτομή τμήματος του εντέρου μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές απορρόφησης βιταμίνης B12 και λιπαρών οξέων. Γενικά πιστεύεται ότι εκτομή τμήματος ειλεού μικρότερου από 45 cm δεν συνοδεύεται από διαταραχές απορρόφησης B12 και λιπαρών οξέων. Εκτομή της ειλεοκολικής βαλβίδας μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη μικροβίων στο λεπτό έντερο τα οποία μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές απορρόφησης λιπών και χολικών αλάτων ,επηρεάζοντας τον μεταβολισμό των βιταμινών B12 και την απορρόφηση της βιταμίνης D.

4) Καρκινογένεση

Έχουν περιγράψει αρκετές περιπτώσεις κυρίως σε ασθενείς με ουρητηροσιγμοειδοστομία.Η λανθάνουσα περίοδος μεταξύ της επέμβασης και της εμφάνισης του όγκου είναι 17.8 έτη. Ο συχνότερος τύπος καρκινώματος είναι το αδενοκαρκίνωμα (περίπου 60% των περιπτώσεων). Οι νιτροζαμίνες οι οποίες προέρχονται από την μετατροπή των νιτρικών σε νιτρώδη με την βοήθεια των Gram- αρνητικών βακτηριδίων και συνδέονται με τις αμίνες των ούρων ,έχουν ενοχοποιηθεί για την καρκινογένεση ,αλλά απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να τεκμηριωθεί. Σε ασθενείς με ουρητηρο-σιγμοειδοστομία συνιστάται ετήσιος κολονοσκοπικός έλεγχος. Σε ασθενείς με ορθότοπες νεοκύστες συνιστάται έλεγχος με κυτταρολογικές ούρων και κυστεοσκόπηση για την έγκαιρη διάγνωση υποτροπών στην ουρήθρα και την εμφάνιση νεοπλάσματος στην νεοκύστη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτό το άρθρο ανασκόπησης αναφερόμαστε στις υπερκυστικές εκτροπές των ούρων οι οποίες και απευθύνονται κυρίως σε ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως αλλά και σε ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις της ουροδόχου κύστεως. Οι υπερκυστικές εκτροπές των ούρων διακρίνονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: τις μη εγκρατείς και τις εγκρατείς εκτροπές. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν η δερματική ουρητηροστομία και η ουρητηρο-ειλεοστομία ενώ στην δεύτερη ανήκουν οι εκτροπές με εγκρατή κοιλιακά στόματα , οι εκτροπές με εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και οι εγκρατείς ορθότοπες νεοκύστες.Γίνεται εκτενής αναφορά αυτών των τεχνικών, των ενδείξεων αλλά και των προβλημάτων που δημιουργούνται από τη χρήση καθεμίας εξ αυτών.

Γενικά μπορούμε να συμπεράνουμε ότι μολονότι η κλασική ειλεοκύστη πρέπει να θεωρείται σαν η καλύτερη μέχρι σήμερα μέθοδος εκτροπής των ούρων, παρουσιάζει πολλές απώτερες επιπλοκές και οι ασθενείς πρέπει να φέρουν εξωτερικές συσκευές συλλογής των ούρων με όλα τα ψυχολογικά και κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα.Το ενδιαφέρον των τελευταίων χρόνων προς εγκρατείς μεθόδους εκτροπής έγκειτο κυρίως στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και όχι στην βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης. Μολονότι τα εγκρατή στόματα μπορεί να πετύχουν πλήρη εγκράτεια ούρων με σάκους χαμηλών πιέσεων που κατασκευάζονται στα αποσωληνοποιημένα τμήματα εντέρου πολλές εγχειρήσεις μπορεί να χρειασθούν για να ικανοποιήσουν την εγκράτεια.

Φαίνεται ότι οι αντικαταστάσεις της κύστεως από αποσωληνωποιημένα τμήματα εντέρου (Hautman, Mainz κ.α.), είναι προτιμότερες από τα εγκρατή στόματα αλλά η πλήρης εγκράτεια παραμένει ένα πρόβλημα. Επίσης χρειάζονται μακροχρόνιες παρατηρήσεις για την ανεπιφύλακτη αποδοχή της μεθόδου.

SUMMARY

SUPRAVESICAL URINARY DIVERSIONS: INDICATIONS, TECHNIQUES, ADVANTAGES AND DISADVANTAGES BY THEIR USE

KALOGEROPOULOS TH., THANOS A.

This review article is referring at supravescical urinary diversions, which are mainly indicated in patients with malignant diseases of the urinary bladder but are also applied in patients with benign diseases of the bladder. Two are the main categories of urinary diversion applied today: The non continent and the continent urinary diversions. In the first category belong the cutaneous ureterosotomy and the uretero-ileostomy and in the second category belong the diversions with continent abdominal stomas, the diversions with ureteral implantation in a bowel segment and the several types of continent neobladders. There is an extensive review of each technique, its indications, its advantages and disadvantages. In conclusion we can summarize that although the classic ileal bladder can still be considered as the best treatment option for urinary diversion it has significant long term side-effects and the patient still needs to have external abdominal urine collecting bags with several psychological and socio-economical problems by their use. For these reasons in the

last few years there has been an increasing interest for the different types of continent urinary diversions mainly because of their improvement in the quality of life of the patients rather than in a non existing benefit in the survival rates.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Silveberg E, Lubera J.A. Cancer statistics, 1988. CA - A Cancer Journal for clinicians 38,5-22,1988
2. Barrett, D.M., Donovan M.G. Prosthetic bladder augmentation and replacement. Seminar. Urology 2,167-175, 1984
3. Simon, J: Ectopia Vesicae; operation for directing the orifices of the ureters into the rectum; temporary success; subsequent death, autopsy. Lancet 2,568-570, 1852
4. Tizzoni and Foggi; Die Wiedergestellung der Harnblase. Zentrall. F. Chir. 15, 921-924,1888
5. Makkas, M: Zur Behandlung der blasenektomie Umwandlung der ausgeschalteten Coecum zur blas und der appendix zur urethra. Zentmbf chir 37, 1073-1076,1910
6. Bricker, EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg. Clin. North. Am.30, 1511-1521, 1950
7. Hautmann .R.E, Egghart, G, Frohneberg, D and Miller, U. The ileal neobladder. J Urol 139,39-42,1938
8. Kock N., G.. (1969). Intra-abdominal "reservoir" in patients with permanent ileostomy. Preli-minary observations on a procedure resulting in fecal "continence" in five ileostomy patie-nts. Arch. Surg. 99, 223-231.
9. Skinner D.G., Lieskovsky G., Boyd S.D (1987). Continuing experience with the continent ileal reservoir (Kock pouch) as an alternative to cutaneous urinary diversion: an update after 250 cases. J. Urol. 137, 1140-45
10. Thuroff J.W., Alken P. Riedmiller H., et al (1986). The Mainz pouch (mixed augmentation ileum and cecum) for bladder augmentation and continent diversion. J. Urol. 136,17-26
11. Coffey R.C., (1911). Physiologic implantation of the severed ureter of common bile duct into the intestine. J.A.M.A. 56, 397-403.
12. Nesbit R.M. (1949). Ureterosigmoid anastomosis by direct elliptical incision: a preliminary re-port. J. Urol. 61, 728-734.
13. Leadbetter W.F. (1951). Consideration of problems incident to performance of ureteroente-rostomy: report of a technique. J. Urol. 65, 818-830.
14. Camey M. & LeDuc A. (1979). L'entero-cystoplastic apres cystoprostatectomie totale pour cancer de la vessie. Ann. Urol. 13, 114-123

ΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ

EELCO DE BREE,¹ ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΑΝΙΟΣ,² REMCO DE BREE,³

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Δ. ΤΣΙΦΤΣΗΣ¹

ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ – ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ¹ΚΑΙ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ²,
ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ /
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

³DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY / HEAD AND NECK SURGERY,
FREE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το μελάνωμα του δέρματος της ρινός λόγω της σπανιότητας της εντόπισης και της ιδιαίτερης αντιμετώπισής του έχει ειδικό ενδιαφέρον. Η εντόπιση του δερματικού μελανώματος στη μύτη αφορά μόνο το 0,4-0,6% όλων των διηθητικών μελανωμάτων. Η χαμηλή συχνότητα, παρά τη συνεχή έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, οφείλεται κυρίως στη μικρή επιφάνεια της μύτης. Η διάγνωση τίθεται μετά από διαγνωστική βιοψία και ιστολογική εξέταση, ενώ η θεραπεία του εντοπισμένου δερματικού μελανώματος ρινός αποτελεί η (συμπληρωματική) ευρεία εκτομή και η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Στη προσπάθεια διατήρησης ικανοποιητικής αισθητικότητας και λειτουργικότητας, συχνά γίνεται συμβιβασμός σχετικά με το εύρος του ορίου της εκτομής. Πλαστική αποκατάσταση χρειάζεται συχνά για την κάλυψη του ελλείμματος, μετά τη θεραπευτική εκτομή, και περιλαμβάνει πολλαπλές τεχνικές. Ο τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός ενδείκνυται μόνο στην περίπτωση κλινικά διηθημένων λεμφαδένων ή επί διήθησης του λεμφαδένα φρουρού. Το όφελος της συμπληρωματικής συστηματικής ανοσοθεραπείας, κυρίως με τη χορήγηση της ιντερφερόνης-α, παραμένει αμφιλεγόμενο. Τα αποτελέσματα της συστηματικής θεραπείας για μεταστατική νόσο είναι πολύ φτωχά. Η 5-ετής συνολική επιβίωση είναι περίπου 70% και κυμαίνεται από 95%

για το πρώιμο στάδιο, έως 10% για τη συστηματική νόσο.

Λέξεις κλειδιά: κακήθες μελάνωμα του δέρματος, ρίνα, επιδημιολογία, ευρεία εκτομή, πλαστική αποκατάσταση, λεμφαδένας φρουρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος αυξάνεται ταχύτερα απ'ότι για κάθε άλλο συμπαγή όγκο. Το μελάνωμα αποτελεί σήμερα το 4% των κακοήθων νεοπλασιών και είναι η πέμπτη και έκτη συχνότερη κακοήθεια σε άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.¹ Λόγω της ευαισθητοποίησης ιατρών και κοινού, η διάγνωση του μελανώματος γίνεται πλέον σε πιο πρώιμο στάδιο και ως εκ τούτου οι θάνατοι από μελάνωμα παραμένουν σταθεροί παρά την αύξηση της επίπτωσής του.

Το κακήθες μελάνωμα προέρχεται συνήθως από τα μελανοκύτταρα που βρίσκονται στο δερμο-επιδερμικό όριο, αλλά η πρωτοπαθής βλάβη μπορεί να εντοπιστεί και στον βλεννογόνο. Περίπου 30-40% των μελανωμάτων αναπτύσσονται σε έδαφος προϋπάρχοντος σπίλου, ενώ τα υπόλοιπα εμφανίζονται de novo, χωρίς την παρουσία συνοδού ή πρόδρομης βλάβης. Η ηλιακή ακτινοβολία θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου, αλλά όχι ο μοναδικός.

Το μελάνωμα του δέρματος της ρινός είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος λόγω της σπανιότητας της εντόπισης, του συχνού συμβιβασμού όσον αφορά στο εύρος του χειρουργικού ορίου, της ανάγκης πλαστικής αποκατάστασης μετά από (συμπληρωματική) ευρεία εκτομή της βλάβης και της μη-προβλέψιμης λεμφικής αποχέτευσης. Στην παρούσα ανασκόπηση δεν θα αναφερθούμε στο βλεννογονικό μελάνωμα της ρινικής κοιλότητας και των παραρινικών κόλπων που αποτελεί

Δ/ση αλληλογραφίας:

Eelco de Bree

Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο

T.Θ. 1352 71110 Ηράκλειο

Τηλ.: 2810-392056 Fax: 2810-392382

e-mail: debree@edu.uoc.gr

μια εντελώς ξεχωριστή οντότητα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

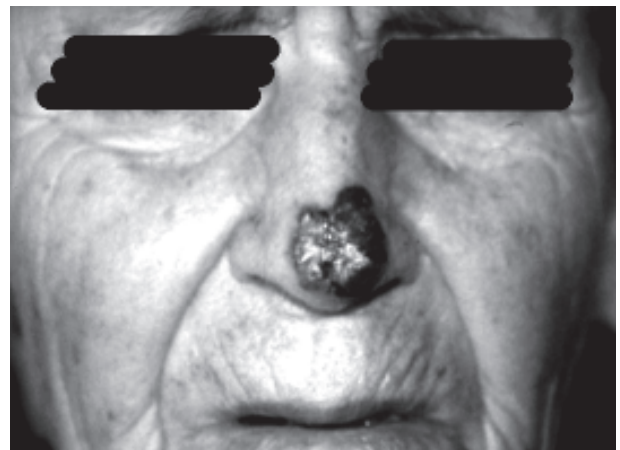
Παρά το γεγονός ότι η μύτη εκτίθεται συνεχώς στην ηλιακή ακτινοβολία, το κακόηθες μελάνωμα δεν παρουσιάζεται συχνά σ' αυτήν την ανατομική περιοχή, σε αντίθεση με το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα που κατέχει την πρώτη θέση που επίσης σχετίζεται με την ηλιακή ακτινοβολία. Η συνηθέστερη θέση που εντοπίζεται το μελάνωμα δέρματος στους άνδρες είναι ο κορμός και ακολουθεί το άνω ή το κάτω άκρο, αναλόγως με τη χώρα μελέτης. Στις γυναίκες εντοπίζεται συχνότερα στο κάτω άκρο και ακολουθούν ο κορμός ή το άνω άκρο.²⁻⁷ Εάν υπολογίσουμε τη σχετική επιφάνεια δέρματος που αντιστοιχεί σε κάθε περιοχή, τότε η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μελανώματος ανά επιφάνεια δέρματος τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, είναι το πρόσωπο.²⁻⁴ Σε άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών αυτή η σχετική συχνότητα είναι ακόμα περισσότερο αυξημένη.⁴ Κατά συνέπεια, η μικρή επιφάνεια της μύτης αποτελεί πιθανόν έναν από τους κυριότερους λόγους για τη χαμηλή συχνότητα εμφάνισης. Στην πλειοψηφία των μελετών δεν αναφέρεται η συχνότητα ανάπτυξης μελανώματος ξεχωριστά για το μελάνωμα ρινός. Σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη από την Ολλανδία,⁵ η συχνότερη εντόπιση στο πρόσωπο ήταν στην παρειά και ακολούθως κατά σειρά στο αυτί, στο μέτωπο και στη μύτη. Όμως ανά μονάδα επιφάνειας σώματος, η συχνότερη εντόπιση στο πρόσωπο ήταν στη μύτη, ιδιαίτερα λόγω του μεγάλου ποσοστού *in situ* μελανώματος. Στο *in situ* μελάνωμα περιελάμβαναν και την κακοήθη φακί, σε αντίθεση με άλλες μελέτες. Όσον αφορά στα διηθητικά μελανώματα, η μύτη κατέχει την τρίτη θέση σχετικής συχνότητας μετά το αυτί και την παρειά. Συνολικά, η εντόπιση στην μύτη αφορά το 0,4-0,6% όλων των διηθητικών μελανωμάτων.^{5,8,9}

Στην αναφερόμενη ολλανδική μελέτη,⁵ τα περισσότερα διηθητικά μελανώματα ρινός ήταν λεπτά (<1 χιλ. βάθος κατά Breslow). Αντιθέτως, στη βάση δεδομένων του Πανεπιστημίου Duke η πλειοψηφία των μελανωμάτων ρινός ήταν ενδιάμεσου πάχους.⁹ Όσον αφορά στον ιστολογικό τύπο, φαίνεται πως το μελάνωμα του τύπου της κακοήθους φακίς (*lentigo maligna melanoma*) και το δεσμοπλαστικό νευροτρόπο μελάνωμα είναι συνηθέστερα στο πρόσωπο απ' ό,τι σε άλλα σημεία του σώματος.⁹⁻¹¹ Ο ιστολογικός τύπος της κακοήθους φακίς εμφανίζεται ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία. Στην βάση δεδομένων του Πανεπιστημίου Duke,⁹ το 40% των μελανωμάτων ρινός ήταν επιπολής εξαπλούμενα και το 32% ήταν του τύπου της κακοήθους

φακίς. Σε μελέτη από το Sydney,⁸ το 29% ήταν δεσμοπλαστικό νευροτρόπο μελάνωμα, το 21% του τύπου της κακοήθους φακίς, ενώ μόνο το 9% επιπολής εξαπλούμενο. Στο 29% των περιστατικών ο ιστολογικός τύπος δεν είχε ορισθεί. Περίπου το 50-60% των περιστατικών αποτελείτο από άνδρες, ενώ 40-65% ήταν άνωθεν των 60 ετών.^{8,9}

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

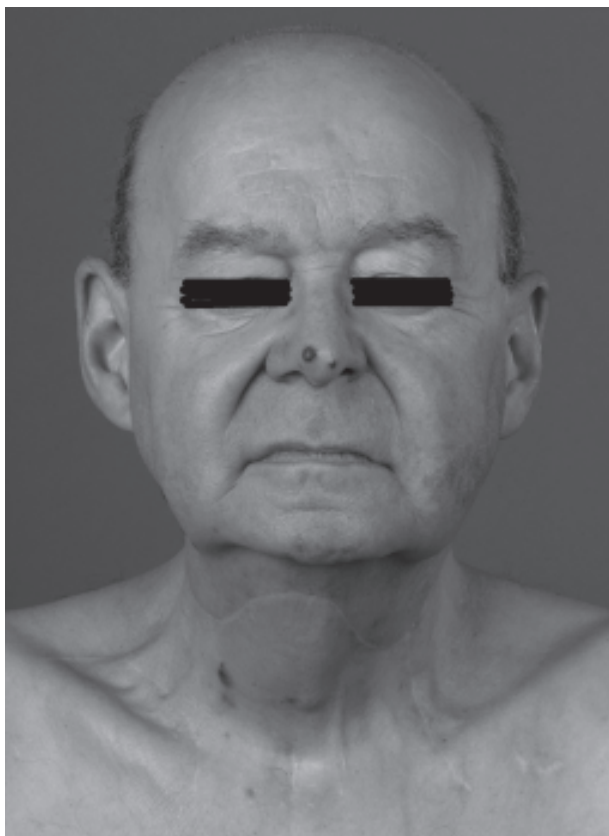
Η τυπική κλινική εικόνα του κακοήθους μελανώματος του δέρματος της ρινός (εικόνα 1) είναι παρόμοια με αυτήν σε άλλες εντοπίσεις και αφορά μια μελαγχρωματική βλάβη που μεταβάλλεται ως προς το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Πολλές φορές, η μεταβολή αυτή είναι τόσο αργή και σταδιακή, ώστε να μην γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Κάθε βλάβη, η οποία παρουσιάζει σημαντική διαφοροποίηση ως προς τις παραπάνω παραμέτρους στη διάρκεια ορισμένων μηνών, θα πρέπει να εξετάζεται κλινικά και, ενδεχομένως, ιστολογικά. Για την ευχερέστερη απομνημόνευση των παραμέτρων αυτών χρησιμοποιείται ευρέως το μνημονικό ABCD, όπου A (*asymmetry*) αντιστοιχεί σε ασυμμετρία, B (*border*) σε μεταβολές του ορίου της βλάβης, C (*color*) σε μεταβολές του χρώματος και D (*diameter*) σε μεταβολές της διαμέτρου. Δυστυχώς, τα χαρακτηριστικά του ABCD τα διαθέτουν συχνά και καλοήθεις μελαγχρωματικές βλάβες. Αντιθέτως, δεν παρουσιάζουν όλα τα μελανώματα τα σημεία αυτά. Ως εκ τούτου, η κλινική εξέταση δεν είναι τόσο ακριβής μέθοδος για να τεθεί η διάγνωση. Έχουν προταθεί διάφορα υπολογιστικά μοντέλα προκειμένου να αυξηθεί η διαγνωστική ακρίβεια της κλινικής εξέτασης. Φαίνεται ότι η δερματοσκόπηση μπορεί να συνεισφέρει στη διαδικασία της μη-επεμβατικής διάγνωσης. Όμως, η τελική διάγνωση του



Εικόνα 1: Κακόηθες μελάνωμα του δέρματος στο ακροορίνιο.

μελάνωματος απαιτεί την ιστολογική εξέταση της δερματικής βλάβης.

Από άποψη συμπτωματολογίας, το κακοήθες μελάνωμα του δέρματος έχει συσχετιστεί με αιμορραγία, κνησμό, ευαισθησία και εξέλκωση. Η εξέλκωση παρατηρείται στο 9-18% των περιστατικών με μελάνωμα ρινός.^{8,9} Ιδιαίτερα στο πρόσωπο μπορεί να είναι τυχαίο εύρημα κατά την ιστολογική εξέταση δερματικής βλάβης που είχε αφαιρεθεί για αισθητικούς λόγους και όχι λόγω υποψίας για μελάνωμα. Το 0-5% των ασθενών με μελάνωμα ρινός παρουσιάζεται με κλινικά διηθημένους λεμφαδένες.^{8,9} Τέλος, πρέπει να αποκλεισθεί η σπάνια περίπτωση δερματικής μετάστασης ρινός από μελάνωμα της περιοχής, όπως π.χ. του βλεννογόνου της ρινός ή των παραρινικών κόλπων (εικόνα 2).



Εικόνα 2: Δερματικές μεταστάσεις από ένα μελάνωμα της ρινικής κοιλότητας. Αρχικά ο ασθενής είχε υποβληθεί σε εκτομή του πρωτοπαθούς μελανώματος και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Δεκαοκτώ μήνες αργότερα υποβλήθηκε σε αμφοτερόπλευρο τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό λόγω λεμφαδενικών μεταστάσεων. Στη συνέχεια παρουσίαζε δερματικές μεταστάσεις.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στη διαγνωστική προσέγγιση βλάβης ύποπτης για μελάνωμα χρειάζεται να γίνει βιοψία εκτομής και ακόλουθα, ιστολογική εξέταση. Γενικώς, η μερική βιοψία δεν ενδείκνυται.^{11,12} Οι λόγοι για την προτίμηση της βιοψίας εκτομής είναι πολλοί:

α) Δίνει στον παθολογανατόμο τη δυνατότητα να μελετήσει ολόκληρη τη βλάβη για να τεκμηριώσει τη τελική του διάγνωση. β) Η ατελής εκτομή μπορεί να επηρεάσει την εκτίμηση σημαντικών προγνωστικών ιστολογικών παραγόντων, όπως το βάθος μέγιστης διήθησης κατά Breslow, το επίπεδο μέγιστης διήθησης κατά Clark, την παρουσία λεμφαγγειακής ή αγγειακής διήθησης και την παρουσία λεμφοκυτταρικής αντίδρασης. γ) Η αναγνώριση του βάθους διήθησης κατά Breslow είναι σημαντικό για την ένδειξη ευρύτερης τοπικής εκτομής. δ) Μετά από διαγνωστική δειγματοληψία, η παρουσία λεμφοκυτταρικής διήθησης πέριξ της βλάβης ως αρνητικό προγνωστικό σημείο μπορεί να μη εκτιμηθεί αξιόπιστα στο τελικό παρασκεύασμα, εφόσον η ίδια η μερική βιοψία προκαλεί λεμφοκυτταρική αντίδραση στην περιοχή. ε) Η διατομή της βλάβης μπορεί να δημιουργήσει διασπορά των κακοήθων κυττάρων προς το βάθος στον υποκείμενο ιστό.

Σε μερικές περιπτώσεις όμως, θα μπορούσε κανείς να επιχειρήσει μια από τις μεθόδους μερικής βιοψίας, όπως σε μεγάλες βλάβες, για λειτουργικούς ή αισθητικούς λόγους. Στο σχεδιασμό της τομής υπολογίζεται πάντα η δυνατότητα σύγκλεισης του τραύματος κατά πρώτο σκοπό και η πιθανότητα συμπληρωματικής εκτομής στην περίπτωση που η βιοψία είναι θετική για μελάνωμα. Η απόσταση των χειρουργικών ορίων από την ύποπτη βλάβη πρέπει να είναι τουλάχιστον 2 χιλ., ενώ στο βάθος η εκτομή περιλαμβάνει ελάχιστο υποδορίου ιστού.^{11,12}

Η άμεση εφαρμογή ευρείας εκτομής μιας ύποπτης βλάβης δεν ενθαρρύνεται για τρεις λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι ότι η ιστολογική εξέταση ύποπτης μελαγχρωματικής βλάβης δεν αναδεικνύει μελάνωμα σε μεγάλο ποσοστό και έτσι ο ασθενής υποβάλλεται αδίκως σε ευρεία εκτομή. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι η ελάχιστη απόσταση από το μελάνωμα μέχρι τα όρια της θεραπευτικής εκτομής καθορίζεται με βάση το βάθος διήθησης κατά Breslow, το οποίο δεν μπορεί να υπολογισθεί κλινικά. Τέλος, η ευρεία εκτομή μπορεί να επηρεάζει τη διαγνωστική ακρίβεια της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού.¹²

Μετά τη διαγνωστική εκτομή, η κινητοποίηση του δέρματος για τη σύγκλειση του τραύματος συνήθως δεν χρειάζεται και θα ήταν καλό να αποφεύγεται. Το

τραύμα της διαγνωστικής επέμβασης συρράπτεται προσεκτικά μετά από επιμελή αιμόσταση. Σπανίως, όταν χρειάζονται μεγάλες κινητοποιήσεις ή πλαστική αποκατάσταση για την κάλυψη του ελλείμματος που προκύπτει μετά από τη διαγνωστική εκτομή της βλάβης, ο χειρουργός μπορεί να επιλέξει να αφήσει το τραύμα ανοιχτό μέχρι να γίνει γνωστή η τελική διάγνωση. Όταν αποδειχθεί ότι πρόκειται για μελάνωμα, η πλαστική αποκατάσταση θα γίνει στην τελική εγχείρηση. Όταν αναμένεται δυσκολία σύγκλεισης ο χειρουργός μπορεί να εκτελέσει μερική βιοψία της βλάβης, παρά τα αναφερόμενα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου.^{11,12}

Έπειτα από την ταυτοποίηση της δερματικής βλάβης ως κακήθες μελάνωμα ενδείκνυται η πλήρης σταδιοποίηση της νόσου με λεπτομερή κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο.¹³ Επί αμφιβολίας όσον αφορά στη διήθηση των ψηλαφητών λεμφαδένων προτείνεται να αποδειχθεί η διήθησή τους με κυτταρολογική εξέταση μετά από αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) ή με ιστολογική εξέταση μετά από αφαίρεση ενός εξ αυτών. Η αξονική τομογραφία δεν φαίνεται να βοηθά στην ανίχνευση μικρών μη-ψηλαφητών λεμφαδενικών μεταστάσεων στην τραχηλική χώρα.¹⁴ Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού προσφέρει την ανίχνευση λεμφαδενικών μικρο-μεταστάσεων και την πιο λεπτομερή σταδιοποίηση των μη-ψηλαφητών λεμφαδένων (βλέπε παρακάτω). Ο απεικονιστικός έλεγχος ενδείκνυται για την ανεύρεση τυχών συστηματικών μεταστάσεων και θα μπορούσε να περιλαμβάνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος και κοιλίας καθώς και σπινθηρογράφημα οστών. Όμως δεν έχει αποδεχθεί ποια είναι πιο κατάλληλη απεικονιστική μέθοδος εκτίμησης της συστηματικής νόσου.

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΒΛΑΒΗΣ

Ανεξάρτητα της εντόπισης, η μοναδική αποτελεσματική θεραπεία του κλινικά εντοπισμένου μελάνωματος του δέρματος παραμένει η χειρουργική, που περιλαμβάνει ευρεία εκτομή της πρωτοπαθούς βλάβης και βιοψία του λεμφαδένα φρουρού.^{11,12} Η ευρεία εκτομή εκτελείται λόγω πιθανότητας δορυφόρων εστιών. Η απόσταση των τυχών δορυφόρων εστιών από την πρωτοπαθή βλάβη σχετίζεται με το βάθος διήθησης του μελάνωματος, με τα βαθύτερα μελάνωματα να απαιτούν ευρύτερες εκτομές. Ως εκ τούτου, τα όρια υγιούς ιστού περίξ της ουλής της διαγνωστικής βιοψίας ή της πρωτοπαθούς βλάβης που

δύναται να αφαιρεθούν υπολογίζονται σχετικά με το βάθος διήθησης κατά Breslow.^{12,15,16} Παλιότερα οι χειρουργοί συνήθιζαν να εκτελούν μεγαλύτερες εκτομές με όρια 3 έως 5 εκ. Πρόσφατες τυχαιοποιημένες και αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι το εύρος της οριστικής εκτομής μπορεί να περιορισθεί σημαντικά, ώστε οι επεμβάσεις να είναι λιγότερο ακρωτηριαστικές και να μειωθεί η ανάγκη πλαστικής αποκατάστασης.^{12,16,17} Σήμερα προτείνεται ως κατάλληλη απόσταση από την ουλή ή την βλάβη το 1 εκ. για μελάνωματα πάχους έως 1 χιλ. και τα 2 εκ. για μελάνωματα πάχους μεγαλύτερο του 2 χιλ., ενώ οι οδηγίες των διαφόρων εθνικών εταιρειών αναφέρουν ένα όριο 1 ή 2 εκ. για τα μελάνωματα πάχους μεταξύ 1 και 2 εκ. Για τα μη-διηθητικά (in situ) μελάνωματα αρκεί ένα όριο των 5 χιλ.^{12,15,16} Εν τούτοις, οι αναφερόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες δεν περιέλαβαν μελάνωματα εντοπισμένα στο πρόσωπο, επειδή τα όρια των 3 έως 5 εκ. της κλασσικής αντιμετώπισης δεν μπορούν να τηρηθούν στην περιοχή αυτή. Μελάνωμα που εντοπίζεται στο πρόσωπο πρέπει να αφαιρεθεί με μικρότερα όρια επειδή τα πέριξ στοιχεία, όπως τα βλέφαρα, οι ρύθωνες και το στόμα, παραμορφώνονται κατά τη σύγκλειση του τραύματος ή από την ουλή.¹⁸ Μελετήθηκε αναδρομικά η επίδραση της απόστασης από το μελάνωμα έως το χειρουργικό όριο σε 106 ασθενείς με μελάνωμα προσώπου.¹⁹ Η απόσταση αυτή ήταν μικρότερη του 1 εκ. σε 30, μεταξύ 1 και 2 εκ σε 64 και μεγαλύτερη των 2 εκ. σε 12 ασθενείς. Επτά ασθενείς παρουσίασαν τοπική υποτροπή. Στη μικρή αυτή μελέτη, δεν διαπίστωσαν σχέση μεταξύ τοπικής υποτροπής και απόστασης από το χειρουργικό όριο ή πάχους του μελάνωματος. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η σύγκλιση του τραύματος ήταν δυνατή χωρίς τη χρήση μοσχεύματος. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ιστολογικά επιβεβαιωμένη πλήρης εκτομή του μελάνωματος αρκεί με όριο μικρότερο του 1 εκ. Όμως, άλλοι συγγραφείς παρατήρησαν στο μελάνωμα ρινός σημαντικά αυξημένο ποσοστό τοπικής υποτροπής όταν δεν τηρήθηκαν οι γενικοί κανόνες περί των αναφερόμενων ορίων ευρείας εκτομής.⁸ Στις μελέτες τους υποστηρίζουν ότι και στο μελάνωμα ρινός πρέπει να τηρούνται τα ευρύτερα όρια εκτομής, όπως στα άλλα μέρη του σώματος. Επιπλέον, σημαντικό είναι να φροντίζουμε επαρκώς και τα εν τω βάθει όρια. Όσον αφορά στο βάθος της οριστικής εκτομής ενδείκνυται να αφαιρεθεί και το υποκείμενο υποδόριο λίπος, χωρίς να χρειάζεται αφαίρεση ρουτίνας περιχονδρίου ή περιοστέου. Ο υποκείμενος χόνδρος ή οστό αφαιρείται μόνο επί κλινικής διήθησης του. Σημειώνεται ότι ο ρινικός βλεννογόνος πρέπει να διατηρείται όποτε αυτό είναι δυνατόν, λαμβάνοντας υπόψιν ότι ο χόνδρος και το οστό αποτελούν αποτελεσματικό φράγμα στην τοπική διασπορά της κακοήθους βλάβης. Καθήλωση της

νεοπλασίας στο ρινικό οστό και χόνδρο συμβαίνει αργά λόγω αυξημένης κινητικότητας του υπερκείμενου δέρματος.⁸

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Μετά από τη θεραπευτική εκτομή του μελανώματος, η αποκατάσταση της ρινός ακολουθεί τους βασικούς κανόνες αποκατάστασης των άλλων ρινικών ελλειμμάτων.²⁰ Οι επανορθωτικές μέθοδοι που θα επιλεγούν εξαρτώνται από την έκταση της νόσου, από το είδος του ιστού που αφαιρέθηκε (δέρμα, οστό, χόνδρος ή βλεννογόνο) καθώς και από τις προσωπικές προτιμήσεις του χειρουργού. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη οι ρινικές υπομονάδες²¹ αν και αυτό που προέχει σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές είναι η σωστή προσαρμογή και συνένωση των μεταφερόμενων ιστών.²² Οι προηγηθείσες βιοψίες των ρινικών βλαβών θα πρέπει να ακολουθούν τις αισθητικές γραμμές της ρινός, ούτως ώστε με την τελική αφαίρεση της βλάβης να θυσιάζεται μικρότερη ποσότητα ιστού και να επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα.²⁰

Τα μικρά ελλείμματα ιδίως στα όρια με την παρειά μπορεί να αποκατασταθούν με άμεση συρραφή ακολουθώντας τα όρια της αισθητικής υπομονάδας (εικόνες 3 και 4). Στην περιοχή του ακρορρινίου



Εικόνα 3: Αισθητικές υπομονάδες της ρινός: η ράχη της ρινός (I), το ακρορρίνιο (II), τα πλάγια της ρινός (III) και τα ρουθούνια (IV).



Εικόνα 4: Οι αισθητικές υπομονάδες του μαλακού τριγώνου (I) και της κιονίδας (II).

αναγκαστικά θα πρέπει να επιλέγεται κάποια μέθοδος αποκατάστασης η οποία εξαρτάται από το εάν αφαιρεθεί χόνδρος και βλεννογόνο κατά την εκτομή της βλάβης. Το δερματικό μόσχευμα ολικού πάχους είναι μια εναλλακτική επιλογή σε όλα τα αβαθή ελλείμματα της ρινός ιδιαίτερα όταν δεν είναι σίγουρη η ριζική εκτομή της βλάβης. Τα δερματικά μόσχευμα λαμβάνονται συνήθως από την οπισθοωτιαία χώρα (εικόνα 5). Τα μειονεκτήματα της χρήσης μοσχευμάτων είναι η διαφορά στην υφή με το ελλείπον δέρμα και η κοίλανση που ενίοτε προκαλείται όταν το πάχος του δέρματος της ρινός που είναι γειτονικό στο έλλειμμα είναι μεγάλο.

Στη ράχη της ρινός και στο ακρορρίνιο μπορεί να μεταφέρονται ο ραχιαίος ρινικός κρημνός (εικόνα 6), ο δίλοβος (εικόνα 7) και ο ρινοχειλικός. Επίσης στα πλάγια της ρινός ο κρημνός του Esser και ο V->Y ολισθαίνων κρημνός (εικόνα 8) είναι καλές εναλλακτικές επιλογές. Τα ρουθούνια μπορεί να αποκαθίστανται με σύνθετα μόσχευμα (εικόνα 9) ή με αναδιπλούμενο ρινοχειλικό κρημνό ή και με δίλοβο κρημνό.²³⁻²⁶ Τα ελλείμματα των κανθών και του ριζορρινίου μπορεί να αποκαθίστανται με κρημούς από το μεσόφρυο (εικόνα 10) με ή χωρίς ολισθαίνοντες κρημούς από τη παρειά, ανάλογα με το μέγεθος του ελλείματος. Τα ελλείμματα της κιονίδας αποκαθίστανται με μεταφορά συνθέτων μοσχευμάτων, ρινοχειλικών κρημών ή κρημών από το όριο άνω χείλους-ρινός.

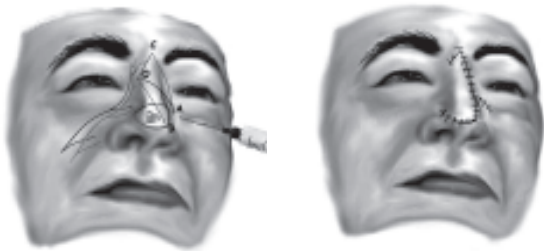
Σε πολύ μεγάλα ελλείμματα ο μετωπιαίος κρημνός αποτελεί την ασφαλέστερη και προτιμητέα επιλογή από τους περισσότερους πλαστικούς χειρουργούς. Ο μετωπιαίος κρημνός μπορεί να λαμβάνεται ως μέσος μετωπιαίος κρημνός, ως παράμεσος ή ως scalping flap (εικόνες 11α και 11β).^{23,24}



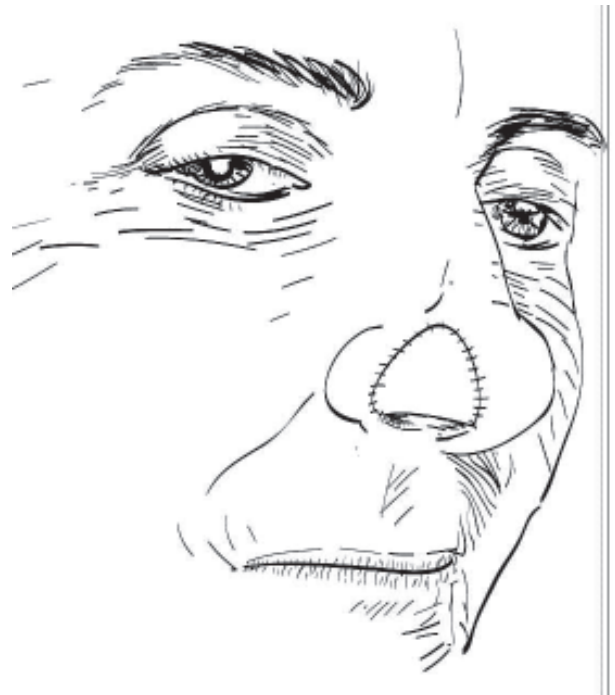
Εικόνα 5: Η λήψη δερματικού μοσχεύματος από την οπισθοωτιαία χώρα.



Εικόνα 8: Ο σχεδιασμός του V->Y ολισθαίνοντα κρημνού για την κάλυψη ελλείμματος στο πλάγιο της ρινός.



Εικόνα 6: Η αποκατάσταση του ελλείμματος μετά από εκτομή βλάβης του ακρορρινίου με ραχιαίο ρινικό κρημνό. Φαίνεται η αιμάτωση του δέρματος της ρινός από τη δεξιά παρειά. Στον σχεδιασμό η απόσταση $OB=CA$ και $AB=CO$.



Εικόνα 9: Η αποκατάσταση του ρουθουνιού με σύνθετο μόσχευμα.



Εικόνα 7: Η αποκατάσταση του ελλείμματος μετά από εκτομή βλάβης του ακρορρινίου με δίλοβο κρημνό.

Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νησιδιακός. Εάν απαιτείται τοποθετούνται χόνδρινα, οστικά ή/και βλεννογόνια μοσχεύματα για την αποκατάσταση των ελλειπόντων ιστών. Η μεταφορά του μετωπιαίου κρημνού γίνεται σε δύο φάσεις. Μετά την εκτομή της βλάβης και προσαρμογή του μισχωτού κρημνού ακολουθεί η αποκοπή του μίσχου σε δύο ή τρεις εβδομάδες. Ενίοτε απαιτείται και τρίτη φάση για



Εικόνα 10: Ο σχεδιασμός (αριστερά) και το αποτέλεσμα (δεξιά) της αποκατάστασης ελλείμματος μετά από εκτομή βλάβης του έσω κανθού με κρημνό από το μεσόφρυο.



Εικόνα 11: Ο σχεδιασμός (αριστερά) και η δημιουργία (δεξιά) του μετωπιαίου κρημνού για την αποκατάσταση μεγάλου ελλείμματος ρινός.

λέπτυνση και καλύτερη προσαρμογή του κρημνού. Σε ακόμη μεγαλύτερα ελλείμματα (κάτι ασυνήθιστο για μελάνωμα) μπορεί να απαιτηθεί και μεταφορά ελεύθερων κρημνών.

Τα αισθητικά αποτελέσματα της αποκατάστασης της ρινός μετά από την εκτομή μελανωμάτων με τις σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές είναι συνήθως ικανοποιητικά και διατηρούν την κοινωνικότητα και την ένταξη του ατόμου σε υψηλό επίπεδο.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΩΡΙΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Η διήθηση ή μη των επιχωρίων λεμφαδένων παραμένει ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες στο μελάνωμα. Η μοναδική αποτελεσματική θεραπεία για επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις παραμένει η χειρουργική. Όταν οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι ψηλαφητοί και κλινικά διηθημένοι, τότε τίθεται η ένδειξη για ριζικό θεραπευτικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Η λεμφική αποχέτευση της περιοχής της ρινός είναι συνήθως στους υπογονάθιους

ή παρωτιδικούς λεμφαδένες και στη συνέχεια προς τους υπόλοιπους τραχηλικούς λεμφαδένες.^{27,28} Ως εκ τούτου, στην περίπτωση του μελανώματος ρινός ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό και παρωτιδεκτομή.^{18,27} Όπως αναφέρθηκε ήδη, επί αμφιβολίας όσον αφορά στη διήθηση των ψηλαφητών λεμφαδένων προτείνεται να αποδειχθεί η διήθησή τους με κυτταρολογική εξέταση μετά από αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) ή με ιστολογική εξέταση μετά από αφαίρεση ενός εξ αυτών.

Οι ασθενείς με εντοπισμένο μελάνωμα και μη-ψηλαφητούς λεμφαδένες υποβαλλόντουσαν παλιότερα σε προφυλακτικό επιχώριο λεμφαδενικό καθαρισμό (elective lymph node dissection), ο οποίος είχε σκοπό να ωφελήσει την μικρή υποομάδα ασθενών με λεμφαδενικές μικρομεταστάσεις. Οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπευτικό λεμφαδενικό καθαρισμό σε μεταγενέστερο στάδιο, όταν δηλαδή οι επιχώριοι λεμφαδένες τους έγιναν κλινικά διηθημένοι, παρουσίασαν σημαντικώς χαμηλότερη επιβίωση, σε αντίθεση με παρόμοια πρωτοπαθή μελάνωματα σε ασθενείς με λεμφαδενικές μεταστάσεις κατά τον προφυλακτικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η πρώιμη αφαίρεση των υποκλινικώς διηθημένων λεμφαδένων μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της επιβίωσης. Εν τούτοις, η συμβολή του προφυλακτικού λεμφαδενικού καθαρισμού σε περιπτώσεις απουσίας κλινικά διηθημένων λεμφαδένων είναι αμφισβητήσιμη, διότι δεν έχει αποδειχθεί, πέραν κάθε αμφιβολίας, όφελος στην επιμήκυνση της επιβίωσης των ασθενών σε προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες. Μόνο σε μια πρόσφατη τυχαιοποιημένη μελέτη βρέθηκε θεραπευτικό όφελος για συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών. Λόγω απουσίας οφέλους στις αρχικές μελέτες και της υψηλής συχνότητας σημαντικών επιπλοκών, όπως το λεμφοίδημα, η λοίμωξη του τραύματος, το ύγρωμα, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η δυσλειτουργία νεύρων, δεν προτάθηκε ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός ως θεραπεία ρουτίνας.^{11,15,18} Έγινε προφανής λοιπόν η ανάγκη αναζήτησης τεχνικής αναγνώρισης ασθενών με μη-ψηλαφητές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Με τη ζητούμενη τεχνική θα αποφεύγονταν οι επιπλοκές και το κόστος του λεμφαδενικού καθαρισμού στους ασθενείς με μελάνωμα χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, οι οποίοι αποτελούν περίπου 80% των περιστατικών. Η μέθοδος της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού ήταν η λύση στο πρόβλημα της επιλογής των ασθενών με λανθάνουσες λεμφαδενικές μεταστάσεις, που θα ωφελούνται από τον επιχώριο λεμφαδενικό καθαρισμό.

Μόνο σε ασθενείς με διήθηση του 'λεμφαδένα φρουρού' (sentinel node) έπεται από τη χαρτογράφηση

του λεμφικού δικτύου, η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει επιλεκτικό λεμφαδενικό καθαρισμό (selective lymph node dissection), στηριζόμενα στην υπόθεση, ότι η πρωταρχική βλάβη του δέρματος αποχετεύει αρχικώς στον λεμφαδένα φρουρό και έπειτα στους υπόλοιπους λεμφαδένες της περιοχικής ομάδας.²⁸ Εάν η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού είναι αρνητική, οι υπόλοιποι επιχώριοι λεμφαδένες θα είναι επίσης ελεύθεροι νόσου. Ωστόσο μόνο η διήθηση του λεμφαδένα φρουρού αποτελεί ένδειξη για επιχώριο λεμφαδενικό καθαρισμό. Γενικώς, η εφαρμογή της βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού σε ασθενείς με λεπτό μελάνωμα (<1 χιλ. κατά Breslow) δεν έχει θέση, λόγω της πολύ μικρής πιθανότητας διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων. Όμως σε μερικές περιπτώσεις λεπτού μελάνωματος, όπως η εντόπιση στον τράχηλο ή την κεφαλή, υπάρχει ένδειξη για βιοψία του λεμφαδένα φρουρού λόγω σχετικά αυξημένης πιθανότητας λεμφαγγειακής διασποράς. Δηλαδή, η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού ενδείκνυται πρακτικά σε κάθε εντοπισμένο μελάνωμα ρινός.

Για την ανίχνευση του λεμφαδένα φρουρού χρησιμοποιούνται οι ενδοδερμικές εγχύσεις ενός συγκεκριμένου ραδιοϊσοτόπου ή/και ειδικής χρωστικής ουσίας μπλε χρώματος (isosulphan blue ή patent blue) πέριξ της ουλής ή, εάν η διάγνωση τεκμηριώθηκε με μερική βιοψία της βλάβης, πέριξ του μελάνωματος.²⁸ Οι ουσίες αυτές παροχετεύονται δια μέσου των λεμφαγγείων και εγκαθίστανται στον λεμφαδένα φρουρό. Προεγχειρητικώς εκτελείται σπινθηρογράφημα λεμφαγγείων, που συμβάλλει στην πιο ακριβή εντόπιση της θέσης του πραγματικού λεμφαδένα φρουρού, αναδεικνύοντας και αυτούς που βρίσκονται σε μη-κανονική ή μη-προβλεπόμενη λεμφαδενική ομάδα. Είναι δυνατόν να υπάρχουν περισσότεροι από έναν λεμφαδένες φρουροί ανά λεμφαδενική ομάδα και περισσότερες από μια επιχώριες λεμφαδενικές ομάδες. Ιδιαίτερη σημασία έχει όταν εντοπίζεται το μελάνωμα στον κορμό, στον τράχηλο ή στην κεφαλή, επειδή στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί η λεμφική αποχέτευση. Περίπου το ένα τέταρτο έως ένα τρίτο των μελανωμάτων της κεφαλής και του τραχήλου παρουσιάζουν μη-προβλεπόμενη λεμφική αποχέτευση προς λεμφαδένες, οι οποίοι βρίσκονται εκτός πεδίου κανονικού λεμφαδενικού καθαρισμού τραχήλου.^{29,30} Στην περίπτωση του μελάνωματος ρινός ο λεμφαδένας φρουρός εντοπίζεται συνήθως στην υπογνάθια, παρωτιδική ή και στις δυο λεμφαδενικές ομάδες.^{28,29} Έχουν, παρόλ'αυτά, εντοπιστεί και λεμφαδένες φρουροί εκτός των λεμφαδενικών ομάδων (interval node), όπως ο άνω γναθιαίος και ο παρειικός στοματικός λεμφαδένας. Η εντόπιση μπορεί να είναι σύστοιχη, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.^{28,30} Στην

περίπτωση του μελάνωματος ρινός φαίνεται λοιπόν ότι είναι πρακτικά αδύνατον να εντοπισθεί αξιόπιστα ο λεμφαδένας φρουρός χωρίς την καθοδήγηση του σπινθηρογραφήματος. Η ραδιενέργεια που εκπέμπει ο λεμφαδένας φρουρός στην προεγχειρητική απεικόνιση του, χρησιμοποιείται και διεγχειρητικά για την ανίχνευση του με τον ειδικό ανιχνευτή. Ταυτοχρόνως, η λεμφική οδός και ο λεμφαδένας φρουρός βάφονται μπλε μετά από τη διεγχειρητική έγχυση της ειδικής χρωστικής ουσίας. Εκτός από τον υψηλότερο βαθμό αξιοπιστίας, ο συνδυασμός των τεχνικών οδήγησε σε ταχύτερη ανίχνευση του λεμφαδένα φρουρού μέσω μικρότερης χειρουργικής τομής.^{28,31,32}

Με τη συνδυασμένη αυτή τεχνική, ο λεμφαδένας φρουρός ανευρίσκεται γενικώς σε ποσοστό 95-100% των ασθενών, ενώ και το ποσοστό ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος της μεθόδου είναι γενικώς αποδεκτό. Στην περιοχή της κεφαλής η ανίχνευση του λεμφαδένα φρουρού φαίνεται ελάχιστα δυσκολότερη, συγκριτικά με άλλα μέρη του σώματος.²⁹⁻³⁴ Ο λεμφαδένας φρουρός είναι διηθημένος σε ποσοστό περίπου 15-30% των μελανωμάτων κεφαλής και τραχήλου.²⁹⁻³⁵ Σε μεγάλο ποσοστό ο λεμφαδένας φρουρός αποδεικνύεται ο μοναδικός διηθημένος λεμφαδένας έπειτα από επιλεκτικό λεμφαδενικό καθαρισμό.^{28,33-35} Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν γνωστοί παράγοντες που να προβλέπουν την απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων πέρα από τον διηθημένο λεμφαδένα φρουρό, ώστε να αποφύγουμε τον συμπληρωματικό λεμφαδενικό καθαρισμό στις περιπτώσεις αυτές.

Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού δεν προσφέρει μόνο την επιλογή περιστατικών που μπορούν να ωφεληθούν από πρώιμο θεραπευτικό λεμφαδενικό καθαρισμό, αλλά επίσης καθιστά δυνατή την πιο λεπτομερή σταδιοποίηση. Η σταδιοποίηση μπορεί να γίνει πολύ πιο ακριβής, εξετάζοντας περισσότερες και λεπτότερες τομές του λεμφαδένα φρουρού και χρησιμοποιώντας όχι μόνο τις συνήθεις χρώσεις, αλλά και την ανοσοϊστοχημική καθώς και την ανάστροφη τρανσκριπτάση-αλυσωτή αντίδραση πολυμεράσης (RT-PCR) για την ανίχνευση μικρομεταστάσεων. Θα ήταν πρακτικά αδύνατον να γίνουν αυτές οι λεπτομερείς, εξειδικευμένες και ακριβείς εξετάσεις σε όλους τους επιχώριους λεμφαδένες που αφαιρούνται σε ένα λεμφαδενικό καθαρισμό. Η κατάσταση του λεμφαδένα φρουρού αποτελεί τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, όσον αφορά στην πιθανότητα απομακρυσμένης υποτροπής της νόσου και την επιβίωση των ασθενών με κλινικά εντοπισμένο μελάνωμα. Έτσι καθορίζεται με ακρίβεια ποιοι είναι υποψήφιοι για συμπληρωματική συστηματική θεραπεία.^{28,34,36}

Το τελικό όφελος αυτής της μεθόδου όσον αφορά

στην επιβίωση είναι ακόμα άγνωστο σε ασθενείς με μελάνωμα. Σε αναδρομικές μελέτες φαίνεται πως η προσέγγιση αυτή είναι θεραπευτικά τουλάχιστον ισοδύναμη με τον προφυλακτικό λεμφαδενικό καθαρισμό και καλύτερη σε σύγκριση με μόνο την παρακολούθηση σε ασθενείς με εντοπισμένο μελάνωμα διάμεσου πάχους. Η τελική εκτίμηση θα προκύψει πιθανόν από τα στοιχεία μιας μεγάλης πολυκεντρικής τυχαιοποιημένης προοπτικής μελέτης ('Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial'),³⁶ στην οποία τυχαιοποιήθηκαν περίπου 800 ασθενείς για παρακολούθηση με λεμφαδενικό καθαρισμό μόνο όταν στην πορεία της νόσου οι επιχώριοι λεμφαδένες διηθήθηκαν και περίπου 1200 ασθενείς για βιοψία του λεμφαδένα φρουρού και επιλεκτικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Το 2005, έπειτα από διάμεση διάρκεια παρακολούθησης 54 μηνών, ανακοινώθηκαν προκαταρκτικά αποτελέσματα, που έδειξαν βελτίωση της, με τη νόσο σχετιζόμενης, επιβίωσης και της επιβίωσης ελεύθερης νόσου υπέρ της δεύτερης ομάδας ασθενών. Δεν αναφέρθηκαν ακόμα σε στοιχεία για τη συνολική επιβίωση.

ΆΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Το μελάνωμα είναι σχετικά ακτινο-ανθεκτικό, άρα η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση ανεγχείρητου πρωτοπαθούς μελανώματος και όταν ο ασθενής με λεμφαδενικές μεταστάσεις δεν μπορεί να υποβληθεί σε λεμφαδενικό καθαρισμό λόγω της κακής γενικής κατάστασης του ή της εκτεταμένης λεμφαδενικής νόσου. Η ακτινοθεραπεία, ως συμπληρωματική θεραπεία μετά από λεμφαδενικό καθαρισμό, φαίνεται να προσφέρει μικρή βελτίωση στον τοπικο-περιοχικό έλεγχο της νόσου στην περίπτωση μαζικής λεμφαδενικής διήθησης. Επίσης, χορηγείται παρηγορητικά σε ασθενείς με συστηματικές, κυρίως οστικές και εγκεφαλικές, μεταστάσεις.¹²

Η συνεισφορά των συστηματικών θεραπειών είναι πολύ περιορισμένη στο μελάνωμα. Η συμβουλή της συμπληρωματικής θεραπείας με ιντερφερόνη-α παραμένει αμφιλεγόμενη. Φαίνεται πως βελτιώνει την ελεύθερης νόσου επιβίωση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για συστηματική υποτροπή, ιδιαίτερα όταν χορηγείται σε υψηλές δόσεις.^{37,38} Όμως, η βελτίωση αυτή δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντική αύξηση της συνολικής επιβίωσης. Ο ρόλος άλλων ειδών ανοσοθεραπείας βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό επίπεδο. Η χημειοθεραπεία -με ή χωρίς ταυτόχρονη ανοσοθεραπεία- χορηγείται για συστηματική νόσο, με φτωχά αποτελέσματα.³⁹

Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πιθανότητα τοπικής υποτροπής σχετίζεται με το εύρος της θεραπευτικής εκτομής του μελανώματος ρινός και αναφέρεται σε ποσοστό ως 24% σε μια σειρά με μεγάλο αριθμό ανεπαρκών εκτομών.⁸ Υποτροπή στους επιχώριους λεμφαδένες παρατηρείται στο 15-20% των περιπτώσεων, ενώ απομακρυσμένες μεταστάσεις αναμένονται να παρουσιασθούν στο 20-30% των περιστατικών κατά την παρακολούθηση.^{8,9} Η πιθανότητα εμφάνισης λεμφαδενικής ή συστηματικής υποτροπής εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, το βάθος διήθησης, την παρουσία εξέλκωσης και την παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων κατά τη διάγνωση.^{8,9}

Η βιολογική συμπεριφορά των μελανωμάτων της κεφαλής και του τραχήλου φαίνεται να είναι διαφορετική από αυτά σε άλλες ανατομικές περιοχές. Η συχνότητα της συστηματικής υποτροπής και της λεμφαγγειακής διασποράς είναι υψηλότερη καθώς και η επιβίωση είναι χαμηλότερη από μελανώματα άλλης εντόπισης με παρόμοιο μέγεθος, ιστολογικό τύπο και πάχος.⁹ Το πλούσιο αγγειακό και λεμφαγγειακό δίκτυο του προσώπου μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο. Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από το στάδιο της νόσου, που σχετίζεται με το βάθος διήθησης της βλάβης, την παρουσία εξέλκωσης και την ύπαρξη δορυφόρων, καθ'οδόν, λεμφαδενικών ή συστηματικών μεταστάσεων. Ελάχιστα στοιχεία επιβίωσης είναι διαθέσιμα για το μελάνωμα ρινός ξεχωριστά. Όμως δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στην πρόγνωση μεταξύ των εντοπίσεων στο πρόσωπο.⁴⁰ Σε μια μικρή μελέτη που αφορά μόνο ασθενείς με εντοπισμένο μελάνωμα ρινός,⁸ η 5-ετής και 10-ετής επιβίωση ήταν 70% και 45%, αντιστοίχως. Σε άλλες πρόσφατες μελέτες που αφορούν όλα τα μελανώματα του προσώπου, η 5-ετής συνολική επιβίωση φτάνει σχεδόν το 70% και κυμαίνεται από 95% για το εντοπισμένο μη-εξελκωμένο λεπτό (<1 χιλ.) μελάνωμα και έως 10% στην περίπτωση συστηματικής νόσου.^{9,13}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το δερματικό μελάνωμα της ρινός είναι σπάνιο παρά τη συνεχή έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, κυρίως λόγω της μικρής της επιφάνειας. Η διάγνωση τίθεται κατά προτίμηση μετά από διαγνωστική βιοψία εκτομής. Η θεραπεία του εντοπισμένου δερματικού μελανώματος ρινός αποτελεί τη (συμπληρωματική) ευρεία εκτομή και τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Συχνά χρειάζεται πλαστική αποκατάσταση για την κάλυψη ελλειμμάτων της ρινός μετά από την

θεραπευτική εκτομή. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία χειρουργικών τεχνικών για την αποκατάσταση αυτή. Ο τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός ενδείκνυται μόνο όταν οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι κλινικά διηθημένοι ή ο λεμφαδένας φρουρός καθίσταται διηθημένος. Η συνεισφορά της συστηματικής ανοσοθεραπείας, κυρίως με τη χορήγηση ιντερφερόνη-α, ως συμπληρωματική θεραπεία παραμένει αμφιλεγόμενη. Η αποτελεσματικότητα της συστηματικής θεραπείας για μεταστατική νόσο είναι πολύ μικρή. Η επιβίωση είναι άριστη για το μελάνωμα ρινός πρώιμου σταδίου, αλλά πολύ φτωχή για τη συστηματική νόσο.

SUMMARY

MALIGNANT CUTANEOUS MELANOMA OF THE NOSE

E. DE BREE,¹ A. MANIOS,¹ R. DE BREE,² D.D. TSIFTSIS¹

¹DEPARTMENT OF SURGICAL ONCOLOGY, MEDICAL SCHOOL OF CRETE UNIVERSITY HOSPITAL, HERAKLEION, GREECE AND

²DEPARTMENT OF OTOLARYNGOLOGY / HEAD AND NECK SURGERY, FREE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, AMSTERDAM, THE NETHERLANDS

Cutaneous melanoma of the nose is rare and represents only 0.4-0.6% of all malignant melanomas. The low incidence despite the continuous exposure to sunlight is mainly due to small surface of the nose. The diagnosis is established after diagnostic biopsy and histological examination. Treatment of localized melanoma of the nose is (complementary) wide surgical excision and sentinel lymph node biopsy. Plastic surgery is often required to cover defects after therapeutic excision and includes many techniques. Cervical lymph node dissection is indicated only in case of clinical node involvement and positive sentinel node biopsy. The benefit of adjuvant systemic immunotherapy, mainly with the administration of interferon-α, remains subject of debate, while the efficacy of systemic treatment for distant metastases is very poor. The 5-year overall survival is approximately 70% and varies from 95% for early stage cutaneous nasal melanoma to 10% for systemic disease.

Key words: cutaneous melanoma, nose, epidemiology, sentinel lymph node, wide excision, reconstructive surgery

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jemal A, Murray T, Ward E et al. Cancer statistics 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10-30.

2. Ψsterlind A, Hou-Jensen K, Mϕller Jensen O. Incidence of cutaneous melanoma in Denmark 1978-1982. Anatomic site distribution, histologic types, and comparison with non-melanoma skin cancer. *Br J Cancer* 1988; 58: 385-391.

3. Bulliard J-L, Cox B, Elwood JM. Comparison of the site distribution of melanoma in New Zealand and Canada. *Int J Cancer* 1997; 72: 231-235.

4. Elwood JM, Gallagher RP. Body site distribution of cutaneous malignant melanoma in relationship to patterns of sun exposure. *Int J Cancer* 1998; 78: 276-280.

5. van der Spek-Keijser LMT, van der Rhee HJ, Toth G, van Westering R, Coebergh JWW. Site, histological type, and thickness of primary cutaneous malignant melanoma in western Netherlands since 1980. *Br J Dermatol* 1997; 136: 565-571.

6. Bulliard J-L, Cox B. Cutaneous malignant melanoma in New Zealand: trends by anatomical site, 1969-1993. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 416-423.

7. Stang A, Stabenow R, Eisinger B, Jϕckel K-H. Site- and gender-specific time trend analyses of the incidence of skin melanomas in the former German Democratic Republic (GDR) including 19 351 cases. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1610-1618.

8. Papadopoulos T, Rasiyah K, Thompson JF, Quinn MJ. Melanoma of the nose. *Br J Surg* 1997; 84: 986-989.

9. Fisher SR, O'Brien CJ. Head and neck melanoma. In: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong S-J, eds. *Cutaneous melanoma*, 14th edition. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishers, Inc., 2003: 275-296.

10. Newell GR, Sider JG, Bergfelt L, Kripke ML. Incidence of cutaneous melanoma in the United States by histology with special reference to the face. *Cancer Res* 1988; 48: 5036-5041.

11. Essner R. Surgical treatment of malignant melanoma. *Surg Clin North Am* 2003; 83: 109-156.

12. de Bree E, Μανιός Α, Τσιφτισής ΔΔ. Η τοπική χειρουργική αντιμετώπιση του εντοπισμένου μελανώματος του δέρματος και τα όρια εκτομής. *Ελληνική Χειρουργική* 2004; 76: 236-244.

13. Balch CM, Buzaid AC, Soong S-J et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer Staging for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3635-3648.

14. van den Brekel MWM, Pameijer FA, Koops W, Hilgers FJM, Kroon BBR, Balm AJM. Computed tomography for detection of neck node metastases in melanoma patients. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 51-54.

15. Kroon BBR, Bergman W, Coebergh JW, Ruiter DJ, for the Dutch Melanoma Working Party. Consensus on the management of malignant melanoma of the skin in the Netherlands. *Melanoma Res* 1999; 9: 207-212.

16. Lens MB, Dawes M, Goodacre T, Bishop JA. Excision margins in the treatment of primary cutaneous melanoma: a systematic review of randomized controlled trials comparing narrow vs wide excision. *Arch Surg* 2002; 137: 1101-1105.

17. Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R et al. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *N Engl J Med* 2004; 350: 757-766.

18. Orr DJA, Hughes LE, Horgan K. Management of malignant melanoma of the head and neck. *Br J Surg* 1993; 80: 998-1000.

19. Hudson DA, Krige JEJ, Grobbelaar AO, Morgan B, Grover R. Melanoma of the face: the safety of narrow excision margins. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1998; 32: 97-104.

20. Bland KI, Copeland EM III, Karakousis CP. Surgery for cutaneous melanoma. Surgery for primary cutaneous melanoma and indications for node dissection. Στο: Bland KI, Copeland EM III, Karakousis CP, editors. *Atlas of Surgical Oncology*. Saint Louis: WB Saunders Co; 1995, σελ. 71-92.

21. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 329-347.

22. Singh DJ, Bartlett SP. Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 639-648.

23. Jackson IT. Nose reconstruction. Στο: Jackson IT, editor. *Local flaps in head and neck reconstruction*. St. Louis: Mosby; 1985, σελ. 87-188.

24. Larrabee WF Jr, Sherris DA, Murakami CS, Cupp CL, Hefferman JT. Nose. Στο: Larrabee WF Jr, Sherris DA, Murakami CS, Cupp CL, Hefferman JT, editors. *Principles of facial reconstruction*. 1st edition, Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1995, σελ. 68-119.

25. Golcman R, Speranzini MB, Golcman B. The bilobed island flap in nasal ala reconstruction. *Br J Plast Surg* 1998; 51: 93-98.

26. Rohrich RJ, Muzaffar AR, Adams WP Jr, Hollier LH. The aesthetic unit dorsal nasal flap: rationale for avoiding a glabellar incision. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 1289-1294.
27. Pathak I, O'Brien CJ, Petersen-Schaeffer K et al. Do nodal metastases from cutaneous melanoma of the head and neck follow a clinically predictable pattern? *Head Neck* 2001; 23: 785-790.
28. Thompson JF, Uren RF. Lymphatic mapping in management of patients with primary cutaneous melanoma. *Lancet Oncol* 2005; 6: 877-885.
29. O'Brien CJ, Uren RF, Thompson JF et al. Prediction of potential metastatic sites in cutaneous head and neck melanoma using lymphoscintigraphy. *Am J Surg* 1995; 170: 461-466.
30. Fincher TR, O'Brien JC, McCarthy TM et al. Patterns of drainage and recurrence following sentinel lymph node biopsy for cutaneous melanoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 844-848.
31. Medina-Franken H, Beenken SW, Heslin MJ, Urist MM. Sentinel node biopsy for cutaneous melanoma in the head and neck. *Ann Surg Oncol* 2001; 8: 716-719.
32. Shpitzer T, Segal K, Schachter J et al. Sentinel node guided surgery for melanoma in the head and neck region. *Melanoma Res* 2004; 14: 283-287.
33. Jansen L, Schraffordt Koops H, Nieweg OE et al. Sentinel node biopsy for melanoma of the head and neck region. *Head Neck* 2000; 22: 27-33.
34. Carlson GW, Murray DR, Lyles RH, Hestley A, Cohen C. Sentinel lymph node biopsy in the management of cutaneous head and neck melanoma *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 721-728.
35. Wagner JD, Park H-M, Coleman III JJ, Love C, Hayes JT. Cervical sentinel lymph node biopsy for melanomas of the head and neck and upper thorax. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 313-321.
36. Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Essner R, Elashoff R, Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial Group. Interim results of the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-I) in clinical stage I melanoma. *ASCO Proceedings* 2005; #7500.
37. Wheatly K, Ives N, Hancock B, Gore M, Eggermont A, Suci S. Does adjuvant interferon- α for high-risk melanoma provide a worthwhile benefit? A meta-analysis of randomized trials. *Cancer Treat Rev* 2003; 29: 241-252.
38. Verma S, Quirt I, McCreedy D, Bak K, Charette M, Iscoe N. Systematic review of systemic adjuvant therapy for patients at high risk for recurrent melanoma. *Cancer* 2006; 106: 1431-1442.
39. Mandara M, Nortilli R, Sava T, Cetto GL. Chemotherapy for metastatic melanoma. *Expert Rev Anticancer Ther* 2006; 6: 121-130.
40. Fisher SR. Cutaneous malignant melanoma of the head and neck. *Laryngoscope* 1989; 99: 822-836.

Κλινικές Μελέτες

«ΜΟΝΗΡΗΣ» ΝΕΚΡΩΤΙΚΟΣ ΌΖΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ. ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 23 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΑΓΑΘΗ ΚΟΝΔΗ-ΠΑΦΙΤΗ¹, ΔΗΜΗΤΡΑ ΓΡΑΨΑ¹, ΠΑΣΧΑΛΗΣ ΧΑΤΖΗΠΑΝΤΕΛΗΣ¹, ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΟΥΡΕΑΣ³,
ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΒΩΡΟΣ², ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΜΥΡΝΙΩΤΗΣ²
¹ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ²Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ³ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικοπαθολογοανατομικών και απεικονιστικών χαρακτηριστικών των μονήρων νεκρωτικών όζων του ήπατος.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Μετά από ανασκόπηση του αρχειακού υλικού του εργαστηρίου μας για την τελευταία δεκαπενταετία (Μάρτιος 1991-Μάρτιος 2006), ανευρέθησαν 23 περιπτώσεις ασθενών με μονήρη νεκρωτικό όζο του ήπατος. Η σειρά αυτή αποτελεί τη μεγαλύτερη αναφερόμενη μέχρι σήμερα. Τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά αξιολογήθηκαν σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 32-84 έτη (μέση ηλικία : 69.86 έτη). Εξ αυτών 8 ήταν γυναίκες και 15 ήταν άνδρες. Στους 20 ασθενείς η αλλοίωση ανακαλύφθηκε κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ή κατά την προεγχειρητική σταδιοποίηση για πρωτοπαθές καρκίνωμα ή σάρκωμα. Στους υπόλοιπους 3 ασθενείς ο όζος ανακαλύφθηκε κατά τη διερεύνηση πόνου στο δεξιό επιγάστριο. Το μέγεθος της βλάβης κατά την μακροσκοπική εξέταση κυμαινόταν από 0.5-1.5εκ (μέσο μέγεθος 0.98 εκ). Οι όζοι ήταν πολλαπλοί (2) σε τρεις περιπτώσεις, ενώ στην πλειοψηφία τους εντοπιζόνταν στο δεξιό λοβό (91.6 %) και υποκαψικά

(83.33 %) Στο υπερηχογράφημα (US) και στην αξονική τομογραφία (CT) οι όζοι παρουσίαζαν μη ειδική εικόνα ενώ στη μαγνητική τομογραφία (MRI) εμφανίζονταν ως υποαγγειακοί ινωτικοί όζοι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Οι μονήρεις νεκρωτικοί όζοι του ήπατος αποτελούν καλοήθεις μη νεοπλασματικές ογκομορφες αλλοιώσεις. Σπάνια, όπως καταδείχθηκε και στη μελέτη μας μπορεί να είναι πολλαπλοί. Η κλινική εικόνα και τα απεικονιστικά ευρήματα δεν επιτρέπουν με βεβαιότητα τη διαφορική τους διάγνωση από μεταστατικούς όγκους και η τελική διάγνωση τίθεται κατά κανόνα με την παθολογοανατομική εξέταση.

Λέξεις ευρετηρίου μονήρης νεκρωτικός όζος, ήπαρ, μετάσταση, καρκίνωμα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μονήρης νεκρωτικός όζος του ήπατος είναι μία σπάνια καλοήθης νόσος που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1983 από τους Shepherd και Lee. [1] Λιγότερες από 50 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία, οι περισσότερες δε εκ των περιπτώσεων αυτών αναφέρονται ως μεμονωμένα περιστατικά (case reports). Αυτή η ασυμπτωματική αλλοίωση συνήθως ανακαλύπτεται στις απεικονιστικές εξετάσεις κατά την προεγχειρητική σταδιοποίηση ασθενών με κακοήγη νεοπλασμάτα ή ως τυχαίο χειρουργικό ή νεκροτομικό εύρημα οπότε και συχνά παρερμηνεύεται ως ηπατική μετάσταση. Η προέλευσή της παραμένει ανεξακρίβωτη παρότι έχουν αναφερθεί πολλές θεωρίες για την παθογένεσή της. Μεταξύ των πιθανών αιτιών που έχουν κατά καιρούς προταθεί από διάφορους συγγραφείς συμπεριλαμβάνονται παρασιτικές λοιμώξεις, αποστήματα και αιμαγγειώματα. [2-6]

Ιστολογικά, οι μονήρεις νεκρωτικοί όζοι του

Δ/ση αλληλογραφίας:

Αγάθη Κόνδη-Παφίτη

Αν. Καθηγήτρια

Παθολογοανατομικό εργαστήριο Αρεταίειο Νοσοκομείο
Βασ. Σοφίας 76 Αθήνα, 11528

Τηλ: 0030-210-7286150 Fax: 0030-210-6457206

e-mail : akondi@med.uoa.gr

ήπατος περιβάλλονται από ινώδη κάψα και περιέχουν άμορφο ηωσινόφιλο νεκρωτικό υλικό στο κέντρο. Ασβεστώσεις, κρύσταλλοι χοληστερίνης, αφρώδη ιστοκύτταρα και φλεγμονώδη κύτταρα (λεμφοκύτταρα, μονοκύτταρα) μπορεί επίσης να ανευρεθούν και αποτελούν στοιχεία ενισχυτικά της υπόθεσης ότι οι εν λόγω όζοι αποτελούν την τελική φάση εξέλιξης καλοήθους αλλοίωσης. [1,3]

Η μη ειδική συμπτωματολογία και τα απεικονιστικά ευρήματα δεν επιτρέπουν με βεβαιότητα τη διαφορική διάγνωση μεταξύ του μονήρους νεκρωτικού όζου και της μετάστασης στο ήπαρ. [7] Η αναγνώριση της καλοήθους αυτής νοσολογικής οντότητας από τον ακτινολόγο, το χειρουργό και τον παθολογοανατόμο είναι όμως καθοριστικής σημασίας για την εφαρμογή της καταλληλότερης διαγνωστικής ή θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα κλινικά, παθολογοανατομικά και απεικονιστικά ευρήματα σε 23 περιπτώσεις ασθενών με μονήρη νεκρωτικό όζο του ήπατος. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα σε εμάς βιβλιογραφικά δεδομένα, αυτή η μελέτη των 23 περιστατικών με μονήρη νεκρωτικό όζο ήπατος αποτελεί τη μεγαλύτερη σειρά ασθενών που έχει αναφερθεί ως τώρα.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ

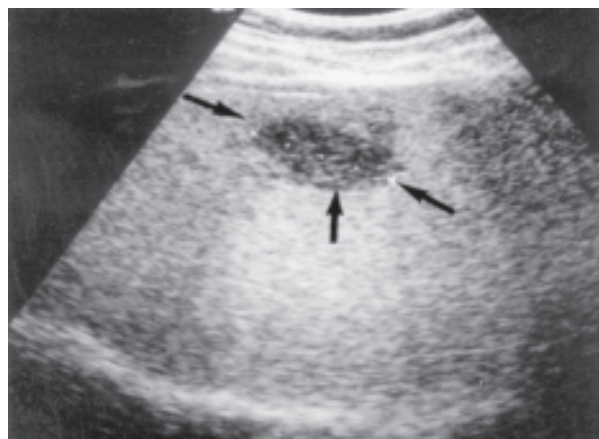
Μετά από ανασκόπηση του αρχειακού υλικού του εργαστηρίου μας για την τελευταία δεκαπενταετία (Μάρτιος 1991-Μάρτιος 2006), ανευρέθησαν 23 περιπτώσεις ασθενών με ιστολογικά επιβεβαιωμένο μονήρη νεκρωτικό όζο του ήπατος. Τα ιστολογικά κριτήρια για τη διάγνωση ήταν η παρουσία συμπαγούς αλλοίωσης με κεντρικό νεκρωτικό πυρήνα περιβαλλόμενης απο υαλινοποιημένη ινώδη κάψα εμπεριέχουσα ελαστικές ίνες. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε μερική ηπατεκτομή με την υποψία ηπατικής μετάστασης. Τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά (μέγεθος, εντόπιση, σύσταση, υφή αλλοίωσης) αξιολογήθηκαν σε συνδυασμό με τα κλινικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, συμπτώματα) και τα απεικονιστικά ευρήματα. Οι απεικονιστικές εξετάσεις περιελάμβαναν το υπερηχογράφημα, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία σε διαφορετικούς συνδυασμούς. Συνεκτιμήθηκαν επίσης τα ευρήματα της προεγχειρητικής βιοψίας με λεπτή βελόνη (FNA) καθώς και τα αποτελέσματα των ειδικών ιστοχημικών χρώσεων (χρώσεις PAS και Grocott) και της ανοσοϊστοχημικής μελέτης για τις περιπτώσεις όπου αυτές εφαρμόστηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

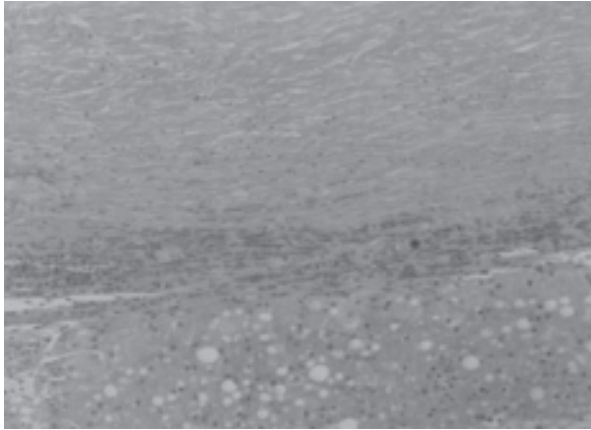
Τα κλινικά και παθολογοανατομικά ευρήματα της μελέτης μας συνοψίζονται στον πίνακα 1.

Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 32-84 έτη (μέση ηλικία: 69.86 έτη). Εξ αυτών 8 (34.78%) ήταν γυναίκες και 15 (65.21%) ήταν άνδρες. Στους 20 ασθενείς η αλλοίωση ανακαλύφθηκε κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ή προεγχειρητικού απεικονιστικού ελέγχου για πρωτοπαθές καρκίνωμα στο παχύ έντερο (10 περιπτώσεις), στο μαστό (4 περιπτώσεις), στο στόμαχο (2 περιπτώσεις), ήπαρ (1 περίπτωση) και στο φύμα του Vater (1 περίπτωση), καθώς και λειομυοσάρκωμα μήτρας (1 περίπτωση) και σάρκωμα ιερού οστού (1 περίπτωση). Στους υπόλοιπους 3 ασθενείς ο όζος ανακαλύφθηκε ως τυχαίο εύρημα κατά την υπερηχογραφική εξέταση λόγω πόνου στο δεξιό επιγάστριο (χολολιθίαση ανακαλύφθηκε σε ένα ασθενή). Προεγχειρητική FNA εφαρμόστηκε σε 5 περιπτώσεις και ήταν ανεπιτυχής στις 3 περιπτώσεις ενώ στις άλλες δύο έδειξε μη ειδικά χαρακτηριστικά με αρκετά νεκρωτικά στοιχεία. Στο υπερηχογράφημα (US) οι όζοι εμφανίζονταν ως υπόηχες αλλοιώσεις χωρίς άλω, με διάμετρο 0.5-1.5εκ. (Εικόνα 1) Στην αξονική τομογραφία (CT) οι όζοι παρουσίαζαν μη ειδική εικόνα συμβατή με στρογγυλή ή ωοειδή υπόπυκνη αλλοίωση με στοιχεία κυστικής ή νεκρωτικής μάζας. Η μαγνητική κοιλίας (MRI) αποκάλυπτε την παρουσία ωοειδούς ή στρογγυλής περιοχής χαμηλής εντάσεως ή έδειχνε ένα τριπλό στρώμα, με χαμηλή-ίση-χαμηλή ένταση στην T1-ακολουθία. Στην T2-ακολουθία παρουσιάστηκε ελαφρώς υψηλή ένταση στην αλλοίωση. Η προεγχειρητική διάγνωση σε όλες τις περιπτώσεις ήταν μεταστατικός όγκος ήπατος και οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μερική ηπατεκτομή.

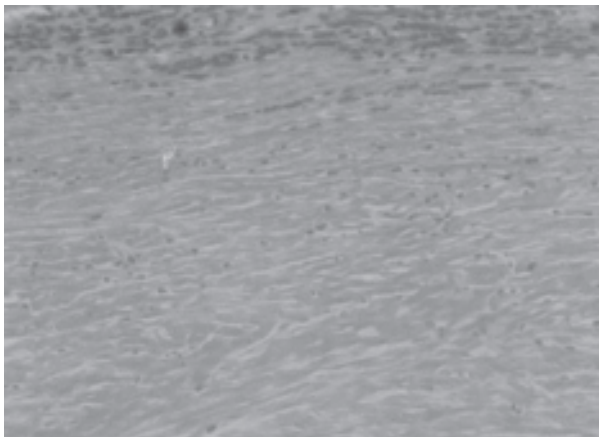
Μακροσκοπικά, η παθολογοανατομική εξέταση έδειξε καλά περιγεγραμμένους, λευκωπούς, σκληράς ή



Εικόνα 1 Υπερηχογραφική απεικόνιση οζιδίου ήπατος



Εικόνα 2 Ιστολογική τομή νεκρωτικού οζιδίου από την περιφέρεια τούτου. Διακρίνεται ηπατικό παρέγχυμα με λιπώδη εκφύλιση (Αμ. Ηωσ Χ 100)



Εικόνα 3 Ιστολογική τομή από την κεντρική μοίρα του νεκρωτικού οζιδίου η οποία δείχνει άμορφο υλικό (Αμ. Ηωσ Χ 100)

ελαστικής συστάσεως όζους μεγίστης διαμέτρου 0,5-1,5 εκ (μέσο μέγεθος 0.98εκ). Οι όζοι ήταν πολλαπλοί (2) σε τρεις περιπτώσεις . Η κατανομή της εντόπισής τους ήταν η ακόλουθη 21 περιπτώσεις στο δεξιό λοβό (91.6 %) και 2 περιπτώσεις στον αριστερό λοβό (8.69 %) καθώς και 20 περιπτώσεις υποκαψικά (86.95%) και 3 περιπτώσεις ενδοπαρεγχυματικά (13.04 %) . Ιστολογικά, όλοι οι όζοι περιβάλλονταν από υαλινοποιημένη, ινώδη κάψα με ελαστικές ίνες. (Εικόνα 2) Στο κέντρο περιείχαν α) άμορφο ηωσινόφιλο νεκρωτικό υλικό (Εικόνα 3) με εναποθέσεις ασβεστίου (σε 12 περιπτώσεις) καθώς και κοκκιωματώδη ιστό συμβατό με εκφυλισμένα παρασιτικά κοκκιώματα (σε 3 περιπτώσεις) β) αφρώδη ιστιοκύτταρα, κρυστάλλους χοληστερόλης, και διάφορα φλεγμονώδη κύτταρα (λεμφοκύτταρα, ηωσινόφιλα ή και μακροφάγα) σε μεμονωμένες περιπτώσεις . Οι χρώσεις PAS (periodic acid schiff) και Grocott, οι οποίες εφαρμόστηκαν σε τρεις

περιπτώσεις με διαγνωστική αμφιβολία για την παρουσία μικροοργανισμών, απέτυχαν επίσης να αναδείξουν μύκητες, βακτήρια ή παράσιτα . Σε 5 περιπτώσεις (συμπεριλαμβανομένων των τριών περιπτώσεων με πολλαπλή εντόπιση των όζων) εφαρμόστηκε ανοσοϊστοχημεία α) για τη διερεύνηση της παρουσίας αγγειακού δικτύου και β) για τον αποκλεισμό της παρουσίας μεταστατικού καρκινώματος. Τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά για τον δείκτη παρουσίας αγγειακού δικτύου CD 34, και τους ακόλουθους δείκτες επιθηλιακής διαφοροποίησης : το επιθηλιακό μεμβρανικό αντιγόνο (EMA), τις κυτταροκερατίνες (CKs) και καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) επιβεβαιώνοντας έτσι την ιστολογική διάγνωση του «μονήρους» νεκρωτικού όζου του ήπατος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο μονήρης νεκρωτικός όζος του ήπατος είναι μία εξαιρετικά σπάνια καλοήθης οντότητα, η οποία κατά κανόνα δε συνοδεύεται από συμπτώματα . Ανευρίσκεται συχνότερα στους άνδρες ως μεμονωμένη αλλοίωση εντοπιζόμενη συνήθως (κατά τα Ύ των περιπτώσεων) στο δεξιό λοβό και υποκαψικά . Οι περισσότερες από τις αναφερόμενες περιπτώσεις στη διεθνή βιβλιογραφία ήταν τυχαία ευρήματα κατά τη διάρκεια απεικονιστικών εξετάσεων , χειρουργικής επέμβασης ή κατά τη διενέργεια νεκροψίας. [1-8] Τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν τις προηγούμενες παρατηρήσεις : Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων το οζίδιο ανευρέθη κατά την προεγχειρητική διερεύνηση ασθενών με πρωτοπαθείς όγκους ποικίλης προέλευσης. Τα περισσότερα περιστατικά αφορούσαν σε άνδρες . Η εντόπιση του όζου ήταν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων στην υποκαψική περιοχή του δεξιού λοβού. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε τρεις από τις περιπτώσεις μας τα νεκρωτικά οζίδια ήταν πολλαπλά .

Έχουν αναφερθεί διαφορετικές υποθέσεις για την παθογένεση της νόσου. Σε γενικές γραμμές πιστεύεται ότι οι μονήρεις νεκρωτικοί όζοι αποτελούν τα εκφυλισμένα προϊόντα διαφόρων καλοήθων αλλοιώσεων που απορροφήθηκαν πλήρως αφήνοντας μία νεκρωτική μάζα. [3] Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ηπατικοί νεκρωτικοί όζοι μπορεί να είναι προϊόντα παρασιτικής λοίμωξης. Οι Clouston και συν βρήκαν ένα νεκρωτικό όζο που περιείχε ασβεστώσεις και περιτυλιγμένο νηματώδες υλικό συμβατό με σκώληκα , ενώ Άλλοι ερευνητές (Tsui και συν) ανέδειξαν ακόμη και το είδος του παρασίτου (Clonorchis sinensis).[2,3] Η θεωρία παρασιτικής

Πίνακας 1

Κλινικά και παθολογοανατομικά ευρήματα 23 περιπτώσεων νεκρωτικών όζων ήπατος

α/α	Φύλο	Ηλικία	Συνυπάρχουσες νόσοι	Ευρήματα ιστολογικής/ιστοχημικής/ανοσοϊστοχημικής εξέτασης
1	Θ	65	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ . «Παρασιτικά» κοκκιώματα. PAS, Grocott αρνητικές
2	Θ	69	Χολολιθίαση	2 νεκρωτικοί όζοι μδ 0,5 εκ. CEA(-) , CK(-) , EMA (-) , CD34(-) ,
3	A	65	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ
4	A	64	Καρκίνος στομάχου	Νεκρωτικός όζος μδ 1 εκ
5	Θ	74	Λειομυοσάρκωμα μήτρας	Νεκρωτικός όζος μδ 0.5εκ
6	A	69	Όγκος φύματος Vater	2 νεκρωτικοί όζοι μδ 0,5 και 1εκ CEA(-) , CK(-) , EMA (-) , CD34(-) ,
7	A	32	Καρκίνος στομάχου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,9 εκ . «Παρασιτικά» κοκκιώματα. PAS, Grocott αρνητικές
8	A	66	-	Νεκρωτικός όζος μδ 0,7 εκ
9	A	43	-	Νεκρωτικός όζος μδ 1εκ . «Παρασιτικά» κοκκιώματα . PAS , Grocott αρνητικές
10	A	71	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,8 εκ . CEA(-) , CK(-) , EMA (-) , CD34(-) ,
11	A	62	Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	Νεκρωτικός όζος μδ 0,4 εκ
12	A	49	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ . CEA(-) , CK(-) , EMA (-) , CD34(-) ,
13	A	67	Όγκος παχέος εντέρου	2 νεκρωτικοί όζοι μδ 1 και 1,5 εκ.CEA(-) , CK(-) , EMA (-) , CD34(-) ,
14	Θ	50	Σάρκωμα ιερού οστού	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ
15	A	68	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5εκ
16	A	70	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ
17	A	72	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,8 εκ
18	Θ	79	Καρκίνος μαστού	Νεκρωτικός όζος μδ 0,7 εκ
19	Θ	84	Καρκίνος μαστού	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ
20	Θ	80	Καρκίνος μαστού	Νεκρωτικός όζος μδ 0,8 εκ
21	Θ	46	Καρκίνος μαστού	Νεκρωτικός όζος μδ 1 εκ
22	A	57	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,8 εκ
23	A	67	Όγκος παχέος εντέρου	Νεκρωτικός όζος μδ 0,5 εκ

προέλευσης υποστηρίχθηκε και απο την ιστολογική ομοιότητα ενδοηπατικών κοκκιωμάτων τα οποία περιείχαν το παράσιτο *Enterobius vermicularis* με τους μονήρεις νεκρωτικούς όζους του ήπατος , όπως ανφέρθηκε από τους Mondou και Gnerr. [9] Ο μηχανισμός παθογένεσης του όζου από παράσιτα δεν είναι γνωστός. Πιστεύεται ότι είναι πιθανόν τα παράσιτα να εγκυτώνονται υπό την ηπατική κάψα κατά τη μετανάστευσή τους στο ήπαρ. Αυτό δικαιολογεί εν μέρει την υποκαψική παρουσία των όζων στην πλειοψηφία των αναφερόμενων περιπτώσεων. Σε τρεις από τις περιπτώσεις μας, κεντρικά του όζου, ανευρέθη κοκκιωματώδης ιστός συμβατός με παρασιτικά κοκκιώματα καθώς και νηματώδη στοιχεία , ενώ η ινώδης κάψα ήταν διηθημένη από λεμφοπλασματοκύτταρα. Η εφαρμογή ειδικών ιστοχημικών χρώσεων στις περιπτώσεις αυτές απέτυχε παρόλα αυτά να αναδείξει την παρουσία μικροοργανισμών. Ένα προεξάρχον ιστολογικό εύρημα στη μελέτη μας ήταν η παρουσία δυστροφικών αβασεστώσεων, οι οποίες και ανευρέθησαν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Οι εναποθέσεις αλάτων αβασεστίου φαίνεται ότι αποτελούν εξαιρετικά συχνό εύρημα , όπως καταδείχθηκε και σε προηγούμενες μελέτες [3], και καθιστούν συχνά αδύνατη τη διενέργεια

ταχείας βιοψίας . Στην περίπτωση αυτή απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και αναμονή για την τελική διάγνωση μετά την εξέταση των αφαλατωμένων και εμπεδωμένων σε παραφίνη τομών του όζου . Η ανοσοϊστοχημική διερεύνηση για δείκτες επιθηλιακής διαφοροποίησης μπορεί επίσης να συμβάλλει στη διαφορική διάγνωση των μονήρων νεκρωτικών όζων από νεκρωμένο καρκίνωμα , ιδιαίτερα όταν η εντόπιση των όζων είναι πολλαπλή.

Σύμφωνα με μια θεωρία που προτάθηκε αρχικά από τον Berry, οι μονήρεις νεκρωτικοί όζοι αποτελούν το τελικό σκληρυντικό στάδιο εξέλιξης εκφυλισμένων αιμαγγειωμάτων.[5] Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε επίσης από τους Sundaresan και συν , οι οποίοι αναγνώρισαν, σε συμφωνία με τον Berry, τροφοδοτικά αγγεία στην περιφέρεια των αλλοιώσεων , κάτι που επιβεβαιώθηκε και με χρώση ρετικουλίνης. [6] Αγγειακό δίκτυο ρετικουλίνης εντός μονήρους νεκρωτικού όζου καταδείχθηκε επίσης και σε μία πρόσφατη μελέτη. [10] Αντιθέτως στη μελέτη μας , όπως και στις μελέτες των Iwase και συν , Tsui και συν, δεν ανευρέθησαν, μορφολογικά ή ανοσοϊστοχημικά, τροφοδοτικά αγγεία ή υπολειμματικές αγγειωματώδεις δομές .[3,7]

Η απουσία χαρακτηριστικών κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων καθιστά ουσιαστικά

ανέφικτη την προεγχειρητική διάγνωση του νεκρωτικού όζου. Η εξέταση υλικού παρακέντησης μετά από FNAB δείχνει συνήθως νεκρωτικό ιστό ή μη ειδική αλλοίωση, γεγονός που καταδείχθηκε και στη δική μας μελέτη. Τα απεικονιστικά ευρήματα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι επίσης μη ειδικά και μιμούνται μεταστατικούς όγκους. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο αυτή η μη νεοπλασματική αλλοίωση εμφανίζεται ως υπόηχος όζος και στην αξονική τομογραφία ως ωοειδής υπόπυκνη περιγεγραμμένη αλλοίωση, ευρήματα ελάχιστα βοηθητικά στη διαφορική διάγνωση της νόσου. Η MRI φαίνεται να υπερτερεί συγκριτικά με το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία, αναδεικνύοντας μια περιοχή συμβατή με κυστικό μόρφωμα ή με ινώδη αλλοίωση. [7]

Συμπερασματικά λοιπόν, αξίζει να σημειωθεί ότι τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα ελάχιστα βοηθούν στην προεγχειρητική διάγνωση των μονήρων νεκρωτικών όζων του ήπατος, με μικρή υπεροχή της MRI η οποία αναδεικνύει την παρουσία ενός υπαγειακού ινωτικού όζου. Η τελική διάγνωση τίθεται με ακρίβεια μόνον με την παθολογοανατομική εξέταση μετά από ευρεία εκτομή της αλλοίωσης μετά του παρακείμενου ηπατικού παρεγχύματος. Αυτή η οντότητα θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην διαφορική διάγνωση των ηπατικών όζων, ειδικά εάν η απεικονιστική εμφάνιση είναι συμβατή με δευτεροπαθή όγκο και η αλλοίωση είναι μονήρης.

SUMMARY

SOLITARY NECROTIC NODULES OF THE LIVER CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF 23 CASES

A. KONDI-PAFITE, D. GRAPSA, P. HATZIPANTELIS, A. KOUREAS,
D. VOROS, B. SMYRNIOTIS

Aim : To evaluate the clinicopathologic features of the solitary necrotic nodules of the liver .

Materials-Methods : After reviewing the archival files of our laboratory for the last 15 years , 23 cases of patients with solitary necrotic nodules of the liver were retrieved . This report comprises the largest series presented thus far . The clinicopathologic characteristics were evaluated in comparison with the

clinical data and the abdominal imaging findings .

Results : The patients' age ranged from 32-84 years (mean : 69.86 years) . Eight patients were females and 15 males . The lesion was discovered during surgery or preoperative staging for primary carcinoma or sarcoma in various sites (20 cases) , or as an accidental finding during ultrasonographic investigation of a right upper abdominal pain (3 cases) . The size of the lesion ranged from 0.5-1.5cm (mean : 0.98 cm) . The nodules were multiple (2) in 3 cases . They were predominantly located in the right lobe of the liver (91.6%) and in the subcapsular region (83.33%) . Ultrasound and computed tomography findings were non-specific , while MRI findings were compatible with hypovascular fibrotic nodules .

Conclusion : Solitary necrotic nodules of the liver are benign tumor-like lesions mimicking metastatic lesions on abdominal imaging . On rare occasions they may be multiple . The absence of specific radiological images or clinical pattern render their preoperative diagnosis practically impossible . Therefore , the diagnosis is established only after histopathological examination of the resected specimen .

Key words : solitary necrotic nodule , liver , metastasis , carcinoma

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Shepherd NA , Lee G . Solitary necrotic nodules of the liver simulating hepatic metastases . J Clin Pathol 1983 ; 36 : 1181-3
- 2) Clouston AD , Walker NI , Prociw D . Parasitic origin of a solitary necrotic nodule of the liver . J Clin Pathol 1993 ; 46 : 578
- 3) Tsui WM, Yuen RW, Chow LT, Tse CC. Solitary necrotic nodule of the liver : parasitic origin ? J Clin Pathol 1992 ; 45 : 975-8
- 4) Shepherd NA . Solitary necrotic nodule . J Clin Pathol 1990 ; 43 : 348-9
- 5) Berry CL . Solitary "necrotic nodule" of the liver : a probable pathogenesis . J Clin Pathol 1985 ; 38 : 1278-80
- 6) Sundaresan M, Lyon B, Akosa AB . "Solitary" necrotic nodules of the liver : an etiology reaffirmed . Gut 1991 ; 32 : 1378-80
- 7) Iwase K, Higaki J, Yoon HE, Mikata S, Miyazaki M, Torikai K et al. Solitary necrotic nodule of the liver . J Hepatobiliary Pancreat Surg . 2002 ; 9 : 120-4
- 8) Dosai S, Prabhu SR, Shrividya S. Fibrosing necrotic nodule of the liver . Indian J Gastroenterol . 1995 ; 14 : 23-4
- 9) Mondou EN, Gnepp DR . Hepatic granuloma resulting from *Enterobius vermicularis* . Am J Clin Pathol 1981 ; 91 : 97-100
- 10) Koea J, Taylor G, Miller M, Rodgers M, McCall J. Solitary necrotic nodule of the liver : a riddle that is difficult to answer . J Gastrointest Surg . 2003 ; 7 : 627-30

Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις

ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΔΥΣΜΕΝΗ ΠΟΡΕΙΑ

ΣΠΥΡΟΣ Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΣ¹, ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΚΗΣ¹, ΧΡΗΣΤΟΣ ΑΣΗΜΟΜΥΤΗΣ¹, ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΡΕΤΣΗΣ¹, ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΛΟΥΠΑΤΑΤΖΗ¹, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ¹, ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΤΣΙΛΙΕΡΗΣ², ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΚΚΑΛΗΣ¹, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Δ. ΡΑΠΙΔΗΣ²
ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ¹, ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ² ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ Γ' ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ³,
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», ΑΘΗΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι το πιο συχνά εμφανιζόμενο κακόηθες νεόπλασμα των σιελογόνων αδένων. Η βιολογική του συμπεριφορά εξαρτάται εν πολλοίς από τον βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων του όγκου. Ιστολογικά διακρίνεται σε υψηλής, μέσης και χαμηλής διαφοροποίησης και τα νεοπλάσματα υψηλής διαφοροποίησης εμφανίζουν καλή πρόγνωση. Οι υποτροπιάζοντες όγκοι πολλές φορές εμφανίζουν άλλη, συνήθως χειρότερη, διαφοροποίηση με αποτέλεσμα την αλλαγή της συμπεριφοράς και της πρόγνωσης τους. Στην εργασία περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς 45 ετών με εκτεταμένο βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα παρωτίδας που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Η ριζική εκτομή του όγκου και η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία δεν απέδωσαν στην εκρίζωση της νόσου με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποτροπιάσει, να υποβληθεί εκ νέου σε εκτεταμένη κρανιοπροσωπική εκτομή και αποκατάσταση με ελεύθερη μεταφορά ιστών, αγωγή η οποία δεν απέδωσε. Η συμπληρωματική χημειο-ακτινοθεραπεία που χορηγήθηκε είχε μόνο παρηγορικό χαρακτήρα.

Όροι ευρετηρίου: βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, σιελογόνοι αδένες, όγκοι παρωτίδας, καρκίνος κεφαλής τραχήλου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι των σιελογόνων αδένων αποτελούν το 5% περίπου των νεοπλασμάτων που εντοπίζονται στην

περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Η πλειονότητα από αυτά εμφανίζεται στην παρωτίδα. Τα κακόηθη νεοπλάσματα της παρωτίδας αποτελούν το 25% περίπου του συνόλου των νεοπλασμάτων των μειζόνων και ελασσόνων σιελογόνων αδένων και στην πλειονότητά τους αποτελούνται από βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα.(1) Άλλοι ιστολογικοί τύποι είναι το καρκίνωμα κυψελωτών κυττάρων, το κακόηθες πλειόμορφο αδένωμα, το αδενοκυστικό καρκίνωμα, το αδενοκαρκίνωμα, το αδιαφοροποίητο καρκίνωμα, το επιδερμοειδές, και το λεμφοεπιθηλίωμα.(2) Η παρωτίδα είναι επίσης θέση για την εμφάνιση λεμφωμάτων καθώς και μεταστατικών μελανωμάτων από την περιοχή του τριχωτού της κεφαλής και του δέρματος του προσώπου. Η θεραπεία των κακοήθων όγκων των σιελογόνων αδένων είναι κυρίως χειρουργική ενώ ο ρόλος της ακτινοθεραπείας, ο οποίος στο παρελθόν είχε αμφισβητηθεί σαν συμπληρωματική θεραπεία, σήμερα έχει σημαντική εφαρμογή κυρίως μετά την χειρουργική αντιμετώπιση. Η χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερη ανταπόκριση στα κακόηθη νεοπλάσματα των σιελογόνων αδένων. Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα σήμερα ταξινομείται ανάλογα με τη διαφοροποίηση των κυττάρων του σε τρεις τύπους: υψηλής, μέσης και χαμηλής. Οι όγκοι υψηλής διαφοροποίησης διαδράμουν συνήθως χωρίς επιθετικότητα και η πρόγνωσή τους είναι ιδιαίτερα καλή. Οι όγκοι χαμηλής διαφοροποίησης έχουν την ίδια βιολογική συμπεριφορά με αυτήν του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του βλεννογόνου του στόματος με υψηλό ποσοστό τοπικών υποτροπών, λεμφαδενικών μεταστάσεων και μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα. Οι όγκοι μέσης διαφοροποίησης έχουν μία ενδιάμεση βιολογική συμπεριφορά προσομοιάζοντας περισσότερο αυτήν των χαμηλής διαφοροποίησης.(3, 4)

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου σε ασθενή με εκτεταμένο βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα της

Δ/ση αλληλογραφίας:

Καθηγητής Αλέξανδρος Δ. Ραπίδης

Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας»

Λ. Αλεξάνδρας 171, 115 22 Αθήνα

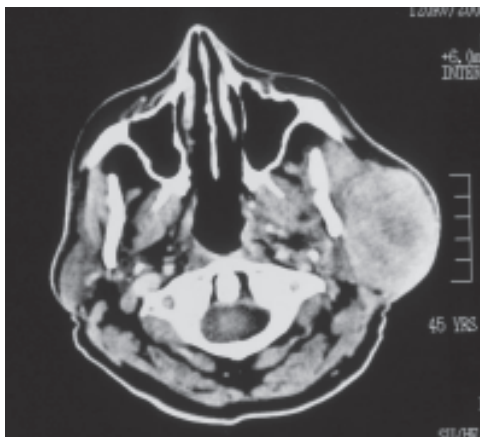
τηλ.:210-6409477,fax:210-6420146

email rapidis@usa.net

παρωτίδας το οποίο υποτροπίασε τοπικά καθώς και τη σειρά από χειρουργικές επεμβάσεις επανορθωτικού χαρακτήρα οι οποίες διενεργήθηκαν για την κάλυψη των ιστικών ελλειμμάτων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ανδρας ασθενής ηλικίας 45 ετών παραπέμπεται για εκτεταμένη διόγκωση στην αριστερή παρωτίδα. Η διόγκωση ήταν επώδυνη με βραδεία, προοδευτική αύξηση μεγέθους, ιδίως κατά τους τελευταίους μήνες. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο άλλων παθο-λογικών καταστάσεων. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε στην αριστερή παρωτίδα η ύπαρξη επώδυνης και υπόσκληρης μάζας, διαμέτρου περίπου 5 εκατοστών. Το υπερκείμενο δέρμα συνέχεται και ήταν καθηλωμένο με τον όγκο. Η τραχηλική χώρα ήταν ελεύθερη ψηλαφητών διογκώσεων. Συνυπήρχε πάρεση του επιχειλίου και βυκανητικού κλάδου του συστοίχου προσωπικού νεύρου. Η λοιπή κατά συστήματα εξέταση και οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις ήταν μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια. Η απεικονιστική διερεύνηση με αξονική τομογραφία έδειξε την ύπαρξη σαφώς περιγεγραμμένης μάζας στην αριστερή παρωτίδα χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα.(Εικόνα 1) Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία με λεπτή βελόνη (FNA) που έθεσε τη διάγνωση βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος χαμηλής διαφοροποίησης. Επίσης υποβλήθηκε σε σταδιοποίηση της νόσου με αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου, τραχήλου και θώρακος, οι οποίες απέβησαν αρνητικές για δευτεροπαθείς εντοπίσεις της νόσου και εν συνεχεία παραπέμφθηκε στο Ογκολογικό Συμβούλιο το οποίο

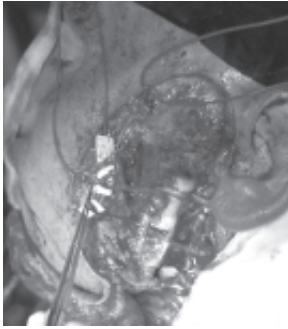


Εικόνα 1. Αξονική Τομογραφία σε οριζόντιο επίπεδο στην οποία φαίνεται η εκτεταμένη βλάβη της αριστερής παρωτίδας. Ο όγκος είναι σαφώς περιγεγραμμένος, καταλαμβάνει όλη την έκταση της παρωτίδας και εμφανίζει υπόπυκνες περιοχές χαρακτηριστικές της βλεννώδους παραγωγής του όγκου.



Εικόνα 2. Διεγχειρητική κλινική φωτογραφία του ασθενούς. Αναγνωρίζεται η εκτεταμένη διόγκωση της αριστερής παρωτίδας.

συνέστησε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Αποφασίστηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου με το υπερκείμενο δέρμα της προωτιαίας χώρας και της παρειάς, η διενέργεια τροποποιημένου ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού τραχήλου και η αποκατάσταση του ελλείμματος με την μεταφορά ενός ελεύθερου δερμοπεριτονιακού κρημνού από το αριστερό αντιβράχιο.(Εικόνα 2) Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε ότι η νεοπλασματική μάζα διηθούσε το στέλεχος του προσωπικού νεύρου καθώς και τους κλάδους του. Μετά την αναγνώριση του στελέχους και των περιφερικών κλάδων του νεύρου, ακολούθησε η εκτομή του όγκου με συναφαίρεση των προσβεβλημένων τμημάτων του προσωπικού νεύρου, του μασητήρα και του ανιόντος κλάδου της κάτω γνάθου και τη διενέργεια μερικής μαστοειδεκτομής. Διενεργήθηκε άμεση αποκατάσταση των εκτμηθέντων κλάδων του προσωπικού νεύρου με τη χρήση ελεύθερων νευρικών μοσχευμάτων από το μείζον ωτιαίο νεύρο και το αυχενικό πλέγμα καθώς και αναστόμωση με το σύστοιχο υπογλώσσιο νεύρο. Η συρραφή πραγματοποιήθηκε κεντρικά με το κολόβωμα του στελέχους του προσωπικού νεύρου και περιφερικά με τα αντίστοιχα κολοβώματα του βυκανητικού και ζυγωματοκροταφικού κλάδου. Πραγματοποιήθηκε νευρική παράκαμψη μεταξύ του υπογλώσσίου νεύρου και του επιχειλίου και βυκανητικού κλάδου του προσωπικού νεύρου. Η τελικοτελική συρραφή του μοσχεύματος ήταν επινευρική και χρησιμοποιήθηκαν διακεκομμένα ράμματα 10-0 Nylon.(Εικόνα 3) Η αποκατάσταση του ελλείμματος του δέρματος της παρειάς πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός κερκιδικού κρημνού του αντιβραχίου, ο οποίος αναστομώθηκε στην γλωσσική αρτηρία και την έσω σφαγίτιδα φλέβα. Για την αποκατάσταση του λαγόφθαλμου, λόγω της εκτομής του οφθαλμικού κλάδου του προσωπικού νεύρου, τοποθετήθηκε φύλλο χρυσού στον ταρσό του αριστερού άνω βλεφάρου. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος έδειξε βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, χαμηλής



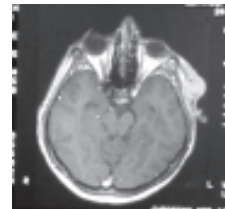
Εικόνα 3. Διεγχειρητική κλινική φωτογραφία. Το εγχειρητικό πεδίο μετά τον λεμφαδενικό καθαρισμό του τραχήλου, την εκτομή του όγκου με το υπερκείμενο δέρμα και την άμεση αποκατάσταση των εκτιμηθέντων κλάδων του προσωπικού νεύρου με ελεύθερα νευρικά μοσχεύματα.

διαφοροποίησης με διήθηση του στελέχους του προσωπικού νεύρου. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου υπήρξε αρνητικός για την ύπαρξη μεταστατικής νόσου. Η επούλωση των χειρουργικών τραυμάτων της περιοχής του αντιβραχίου και του σπλαγχνικού κρανίου ήταν χωρίς επιπλοκές και ο ασθενής υποβλήθηκε σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Δέκα μήνες μετά την επέμβαση ο ασθενής εμφάνισε υποτροπή της νόσου στην περιοχή του ζυγωματικού τόξου. Η υποτροπή βρισκόταν στα όρια του άνω ακτινοθεραπευτικού πεδίου. (Εικόνες 4, 5) Ο έλεγχος με αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου, σπλαγχνικού κρανίου, τραχήλου και θώρακος, καθώς και ο υπόλοιπος έλεγχος απέβη αρνητικός για την ύπαρξη δευτεροπαθών εντοπίσεων της νόσου. Αποφασίστηκε η περαιτέρω χειρουργική εκτομή και ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου. Η επέμβαση περιελάμβανε αφαίρεση του δέρματος του προσώπου γύρω από την υποτροπή του όγκου σε έκταση 5 εκατοστών, εκτομή του σώματος του ζυγωματικού οστού και τόξου, εκτομή του κροταφίτου μυός και αφαίρεση των πτερυγοειδών μυών και του περιεχομένου του υποκροταφίου βόθρου. (Εικόνες 6, 7) Για την αποκατάσταση του εκτεταμένου ελλείμματος χρησιμοποιήθηκε ένας ελεύθερος ορθός κοιλιακός μυϊκός κρημνός που μεταφέρθηκε και αναστομώθηκε στον αντίθετο τράχηλο με την χρήση φλεβικών μοσχευμάτων από την μείζονα σαφηνή φλέβα. Ο μυϊκός κρημνός καλύφθηκε μετά την επαναγγείωσή του στο πρόσωπο με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα μερικού πάχους. (Εικόνα 8) Την 8η μετεγχειρητική μέρα ο κρημνός παρουσίασε αγγειακή δυσπραγία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε διερεύνηση των αγγειακών αναστομώσεων και τροποποίηση της αποκατάστασης με τη χρήση ενός μείζονα θωρακικού μυοδερματικού κρημνού. Η ιστολογική εξέταση του



Εικόνα 4. Μετεγχειρητική φωτογραφία του ασθενούς. Αναγνωρίζεται η κάλυψη του ελλείμματος με τον ελεύθερο δερμοπεριτονιακό κρημνό του αντιβραχίου. Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και στο άνω όριο του ακτινοθεραπευτικού πεδίου αναγνωρίζεται η υποτροπή του όγκου.



Εικόνα 5. Μαγνητική Τομογραφία στην οποία διαφαίνεται η υποτροπή του όγκου στην αριστερή ζυγωματοκροταφική χώρα. Ο όγκος διηθεί το περιεχόμενο του αριστερού υποκροταφίου βόθρου.

παρασκευάσματος έδειξε υποτροπή βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος υψηλής κακοήθειας. Η εκτομή της υποτροπής ήταν σε υγιείς ιστούς συμπεριλαμβανομένης και της βιοψίας τμήματος του κάτω φατνιακού νεύρου. Η μετεγχειρητική πορεία του ήταν ομαλή και εξήλθε του Νοσοκομείου αφού υπεβλήθη σε συμπληρωματική χορήγηση επιφανειακής ακτινοβολίας ηλεκτρονίων. Παρέμεινε ελεύθερος νόσου για έξι ακόμα μήνες όταν παρουσίασε μαζική υποτροπή της νόσου στην περιοχή του τραχήλου και της βάσης του κρανίου. Αποφασίστηκε η διενέργεια μόνο παρηγορικής χημειοθεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα της παρωτίδας είναι ένας από τους πιο συχνούς κακοήθεις όγκους των σιελογόνων αδένων. Συνήθως είναι υψηλής διαφοροποίησης και χωρίς ιδιαίτερα επιθετική βιολογική συμπεριφορά, όταν όμως υποτροπιάζει μπορεί να αλλάξει ιστολογικά χαρακτηριστικά και να γίνει επιθετικός με κακή πρόγνωση για τον ασθενή. Είναι επομένως σημαντικό ο όποιος θεραπευτικός χειρισμός

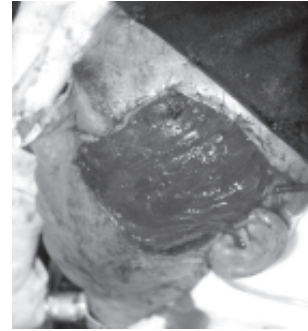


Εικόνα 6. Διεγχειρητική φωτογραφία στην οποία διακρίνεται η περιοχή εκτομής της μεταστατικής νόσου.



Εικόνα 7. Διεγχειρητική φωτογραφία στην οποία διακρίνεται το έλλειμμα σκληρών και μαλακών ιστών στην αριστερή ζυγωματοκρατιαφική περιοχή.

να πραγματοποιείται συνδυασμένα κατά την αρχική αντιμετώπιση της νόσου. Η ευρεία χειρουργική εκτομή του όγκου με προγραμματισμένη συμπληρωματική ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής. Τα περισσότερα από αυτά τα νεοπλάσματα χρήζουν σαν μοναδική θεραπεία τη χειρουργική εξαίρεση. Η νόσος έχει μία ευρεία ηλικιακή διασπορά και εμφανίζεται εξ ίσου και στα δύο φύλα. Ο τυπικός βιολογικός χαρακτήρας των βλεννοεπιδερμοειδών καρκινωμάτων της παρωτίδας αφορά σε όγκους που αυξάνονται αργά και δεν περιβάλλονται από κάψα ή όταν αυτή υπάρχει είναι λεπτή και μπορεί να μην περιβάλλει όλη την έκταση του όγκου. Συνήθως είναι καλά περιγεγραμμένα αλλά σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να διηθούν σε έκταση τον περιβάλλοντα υγιή παρωτιδικό ιστό ή ακόμη και να προσφύονται στο υπερκείμενο δέρμα του προσώπου. Η βλέννη την οποία παράγουν μπορεί να προκαλεί φλεγμονώδη αντίδραση στα όρια της μάζας του όγκου, με αποτέλεσμα να εκλαμβάνεται σαν φλεγμονώδης νόσος του αδένα.(5) Η διάγνωση γίνεται με κυτταρολογική εξέταση μετά από λήψη υλικού με παρακέντηση με λεπτή βελόνα όπως και σε όλες τις ογκόμορφες βλάβες των σιελογόνων αδένων και κυρίως της παρωτίδας. Η ανοικτή βιοψία με λήψη ιστοτεμαχίου πρέπει να αποφεύγεται διότι δυσχεραίνει την περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση και έχει πιθανότητα διασποράς της νόσου στο υπερκείμενο δέρμα. Η διάγνωση τίθεται με την διεγχειρητική ταχεία



Εικόνα 8. Το έλλειμμα του υποκρατιαφίου βόθρου και της κρατιαφικής περιοχής έχει αποκατασταθεί με τη χρήση ενός ελεύθερου ορθού κοιλιακού μυϊκού κρημνού ο οποίος θα επικαλυφθεί με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα μερικού πάχους.

βιοψία του όγκου και επιβεβαιώνεται με την τελική ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος. Τα κακοήγη νεοπλάσματα των σιελογόνων αδένων επεκτείνονται με διήθηση των τοπικών ιστών και ορισμένα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα, έχουν την ιδιότητα να επεκτείνονται και να διασπείρονται κατά μήκος των νευρικών ελύτρων της περιοχής όπου εδράζονται.(6) Με τον τρόπο αυτό επεκτείνονται από την περιφέρεια προς τους κεντρικούς πυρήνες των νεύρων και έτσι εξηγείται η συχνή κατά συνέχεια ιστού επινέμηση των όγκων αυτών ενδοεγκεφαλικά. Επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις παρατηρούνται στο 30% περίπου των καρκινωμάτων και εξαρτώνται σε μεγάλο ποσοστό από τον τύπο και τον βαθμό ιστολογικής διαφοροποίησης του νεοπλάσματος.(7,8) Τα χαμηλής κακοήθειας βλεννοεπιδερμοειδή, τα αδενοειδή κυστικά και τα καρκινώματα εκ κυψελωτών κυττάρων παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά λεμφαδενικών μεταστάσεων. Στους όγκους υψηλής κακοήθειας, μεγάλου μεγέθους καθώς και σε τοπικά υποτροπιάζοντα νεοπλάσματα ο κίνδυνος λεμφαδενικής επέκτασης της νόσου αυξάνεται πολλαπλώς.(9)

Οι κακοήγεις όγκοι των σιελογόνων αδένων που εντοπίζονται στην παρωτίδα μπορεί να διηθήσουν κλάδους του προσωπικού νεύρου (VII συζυγία) η δε διήθηση αυτή εμφανίζεται με πάρεση του συστοίχου κλάδου. Σε αντίθεση, οι καλοήγεις όγκοι της παρωτίδας απωθούν χωρίς ποτέ να διηθούν κλάδους του προσωπικού νεύρου, με αποτέλεσμα τη μη εμφάνιση πάρεσης ή παράλυσης του προσωπικού νεύρου ακόμα και σε ιδιαίτερα εκτεταμένους όγκους. Η κλινική εμφάνιση της πάρεσης κλάδων του προσωπικού νεύρου είναι παθογνωμονική για την ύπαρξη κακοήθειας. Όγκοι που εντοπίζονται στο εν τω βάθει τμήμα της παρωτίδας μπορεί να επεκτείνονται στον παραφαρυγγικό χώρο, τον υποκρατιαφίο βόθρο και τη

βάση του κρανίου και να διηθήσουν εκτός από το προσωπικό νεύρο και άλλες εγκεφαλικές συζυγίες.(8)

Τα καρκινώματα των σιελογόνων αδένων όπως και όλα τα κακοήγη νεοπλάσματα του αδενικού επιθηλίου εμφανίζουν υψηλά ποσοστά απομεμακρυσμένων μεταστάσεων. Η πιο συνήθης θέση μεταστατικής νόσου είναι ο πνεύμονας. Άλλες ανατομικές θέσεις είναι το ήπαρ, ο εγκέφαλος και τα οστά της σπονδυλικής στήλης.(1,3)

Η χειρουργική εκτομή είναι η θεραπεία εκλογής για όλα τα νεοπλάσματα των σιελογόνων αδένων. Για τους παρωτιδικούς όγκους με μικρό βαθμό κακοήθειας που εντοπίζονται μόνο στο επιπολής τμήμα της παρωτίδας, η επιπολής παρωτιδεκτομή είναι επαρκής θεραπεία. Η διατήρηση κλάδων ή ολόκληρου του προσωπικού νεύρου εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του όγκου και την ανατομική γειτνίασή του με αυτόν. Σε περιπτώσεις που υπάρχει προεγχειρητική κλινική εμφάνιση πάρεσης ή διεγχειρητικά διαπιστωθεί ότι ο κλάδος του νεύρου διέρχεται εντός του όγκου, είναι απαραίτητη η εκτομή του. Στις περιπτώσεις αυτές σαν αποτέλεσμα προκύπτει παράλυση των σύστοιχων μιμικών μυών και λειτουργική, αισθητική και ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενή. Κατά συνέπεια, ιδιαίτερη σημασία έχει η χειρουργική αποκατάσταση του προσωπικού νεύρου ώστε να επανέλθει ο μυϊκός τόνος, η κινητικότητα των μυών, η εκφραστικότητα του προσώπου, η σύγκλειση των βλεφάρων καθώς και η λειτουργικότητα και αισθητική της περιτοματικής περιοχής. Η εξέλιξη των μικρονευροχειρουργικών τεχνικών άμεσης νευροραφής και χρήσης ελεύθερων νευρικών μοσχευμάτων έχει συμβάλει τα μέγιστα στην επίτευξη της αυτόματης ακούσιας εκφραστικότητας του προσώπου που αποτελεί το πλέον δύσκολο πρόβλημα για επίλυση. Η άμεση αποκατάσταση της ακεραιότητας του προσωπικού νεύρου με τελικοτελική αναστόμωση ή με τη χρήση ελεύθερου νευρικού μοσχεύματος προσφέρει τις μεγαλύτερες πιθανότητες για το κατά το δυνατό καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι επιβεβλημένη σε ασθενείς με όγκους υψηλής κακοήθειας ιδιαίτερα όταν τα όρια εκτομής εμφανίζονται θετικά για παραμένονσα νόσο ή όταν υπάρχει επινέμηση νόσου στους επιχωρίους λεμφαδένες. Ο ρόλος της χημειοθεραπείας δεν έχει ακόμα διερευνηθεί επαρκώς και η χρήση της περιορίζεται σε περιπτώσεις παρηγορικής θεραπείας σε υποτροπές της νόσου ή μετά την εμφάνιση μεταστατικής νόσου σε αμομακρυσμένα όργανα και συστήματα.(11)

SUMMARY

MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE PAROTID. REPORT OF A CASE WITH ADVERSE OUTCOME

JOHN LIAPAKIS, SPYROS D. STAVRIANOS, BASIL KRETSIS, ANASTASIA LOUPATATZI, JOHN KATSILIERIS, GEORGE KOKKALIS, ALEXANDER D. RAPIDIS

Mucoepidermoid carcinoma is the most frequently encountered malignant salivary neoplasm. Its biological behavior is usually associated with the degree of differentiation of malignant cells. Histologically today it is classified in highly, middle and low differentiation and tumors of high differentiation show a relatively good prognosis. Recurrent tumors may differ in their cell differentiation and this results in the change of their clinical behavior and prognosis. The case of a male patient, aged 45 years, with extensive mucoepidermoid carcinoma of the left parotid is reported. Radical resection of the tumor and postoperative radiotherapy did not result in the management of the disease due to local recurrence. The attempt of reoperation and the resection of the recurrence from the infratemporal region and the anterior cranial base also failed. Adjuvant chemoradiation had only palliative result.

Keywords: mucoepidermoid carcinoma, salivary gland tumors, parotid tumors, cancer of the head and neck.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Shah JP, Ihde JK. Salivary gland tumors. *Curr Probl Surg*. 1990;12:775-883.
- Rodriguez-Bigas MA, Sako K, Razack MS, Shedd DP, Bakamjian VY, Castillo NB, Rao U. Recurrent malignant salivary gland neoplasms. *J Surg Oncol*. 1989 Oct; 42(2):92-5.
- Οικονόμου Γ. Κακοήγη νεοπλάσματα σιελογόνων αδένων. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, Θέματα Γενικής Χειρουργικής 1996.
- Sadeghi A, Juillard G, Calcaterra T, Hanson D, Mackintosh R, Parker R. Major Salivary gland tumors: treatment results and prognostic factors. *Laryngoscope* 1986; 96: 1140-4.
- Batsakis JG. Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1979; 15-64.
- Rapidis A.D., Givalos N., Gakiopoulou H., Faratzis G., Stavrianos S., Douzinas E., Patsouris E. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. Clinicopathological analysis of 23 patients. *Oral Oncol* 2005; 41:328-35.
- Capone RB, Ha PK, Westra WH, Pilkington TM, Sciubba JJ, Koch WM, Cummings CW. Oncocytic neoplasms of the parotid gland: a 16-year institutional review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;6:657-62.
- Rayatt SS, King TT, Oconnor AF: Histological analysis of the greater auricular nerve and its use as a graft. *Clin Otolaryngol* 1998; 23: 368-71.
- Mead G.M., Jacobs C. Changing role of chemotherapy in the treatment of Head and Neck cancer *Am J Med* 1982; 73:582-95.
- Tannock I.F., Browman G. Lack of evidence for a role of chemotherapy in the routine management of locally advanced Head and Neck Cancer. *J. Clin Oncol* 1986; 4: 1121-6.
- Eisbruch A, Marsh LH, Dawson LA, Bradford CR, Teknos TN, Chepeha DB, Worden FP, Urba S, Lin A, Schipper MJ, Wolf GT. Recurrences near base of skull after IMRT for head-and-neck cancer: implications for target delineation in high neck and for parotid gland sparing. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004;1:28-42.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΕΜΜ. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ

T1 ADENOCARCINOMA OF THE RECTUM: TRANSANAL EXCISION OR RADICAL SURGERY?

Bentehem DJ, Okabes et als
Ann. Surg. 2005; 242: 472 – 479

Σκοπός: Ο καθορισμός της έκβασης των ασθενών με T1 καρκίνο του ορθού που αντιμετωπίστηκαν με ριζική εκτομή έναντι διαπρωκτικής εξαίρεσης.

Μέθοδος: Αναδρομική ανάλυση όλων των ασθενών με εκτομή T1 καρκίνου του ορθού είτε με ριζική εξαίρεση είτε διαπρωκτική.

Αποτελέσματα: Οι μισοί από τους 319 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με διαπρωκτική εξαίρεση και οι άλλοι μισοί υποβλήθηκαν σε ριζική εξαίρεση. Οι ασθενείς με ριζική εξαίρεση είχαν κατά τι μικρότερους όγκους, θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 18%, είχαν λιγότερες τοπικές υποτροπές, λιγότερες απομακρυσμένες μεταστάσεις και καλλίτερη ελεύθερη νόσου επιβίωση (6% vs 23%). Η ομάδα της ριζικής εκτομής με θετικούς λεμφαδένες έλαβε συμπληρωματική θεραπείας επιπλέον της ακτινοβολίας. Στην ομάδα της διαπρωκτικής προσπέλασης δεν υπήρξε εκτίμηση των λεμφαδένων και έτσι έλαβε συμπληρωματική ακτινοβολία μόνον.

Συμπεράσματα: Η διαπρωκτική εκτομή συνοδεύθηκε με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο τοπικής ή απομακρυσμένης υποτροπής συγκρινόμενη με τη ριζική εκτομή. Η διαπρωκτική εκτομή πρέπει να εφαρμόζεται μόνον επί περιπτώσεων αυξημένου χειρουργικού κινδύνου.

Σχόλιο (Ram Nirula) : Αρκετές μελέτες έχουν διατυπώσει ερωτηματικά σχετικά με την ικανότητα της διαπρωκτικής εκτομής να επιφέρει ριζική εκτομή, περιγράφοντας τοπικές υποτροπές σε ποσοστό 15 – 20%. Η δυσκολία έγκειται στην ορθή προεγχειρητική ομαδοποίηση των ασθενών σε ομάδα χαμηλού και

υψηλού κινδύνου για τοπική υποτροπή ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη χειρουργική επέμβαση. Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή, δεδομένου ότι είναι μια αναδρομική μελέτη με κακή ομαδοποίηση. Ειδικότερα υπήρχε μεγάλος αριθμός αγνοουμένων παθολογοανατομικών δεδομένων και το αν τα ελλείποντα αυτά δεδομένα ήσαν περισσότερα στη μια ομάδα θα αλλοίωνε τα αποτελέσματα και τη χρήση της ακτινοβολίας. Επίσης κανένας από τους ασθενείς με διαπρωκτική προσπέλαση δεν έλαβε χημειοθεραπεία, ενώ 29 ασθενείς από την ομάδα της ριζικής εκτομής έλαβαν χημειοθεραπεία. Αυτό αναμφίβολα θα είχε ένα αποτέλεσμα στις απομακρυσμένες μεταστάσεις και κάποιο αποτέλεσμα στην τοπική υποτροπή. Αυτό που οι συγγραφείς έδειξαν και είναι σημαντικό είναι ότι ήταν ανίκανοι να ταυτοποιήσουν κάποιο κλινικό παράγοντα ενδεικτικό υποτροπής. Αυτό σημαίνει ότι είναι δύσκολο προεγχειρητικά να ξεχωρίσει ποιοι ασθενείς μπορούν να υποστούν διαπρωκτική εκτομή και ποιοι ριζική εκτομή. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, δεν σημαίνει ότι περισσότερη ριζική χειρουργική οδηγεί σε χαμηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής καθώς τα ανάλογα πρωτόκολλα συμπληρωματικής θεραπείας δεν μπορούν να αγνοηθούν. Ίσως όλοι οι ασθενείς με διαπρωκτική αφαίρεση υποτιθέμενων T1 καρκίνων του ορθού πρέπει να λαμβάνουν τοπική ακτινοθεραπεία και συστηματική χημειοθεραπεία.

DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF DIGITAL VERSUS FILM MAMMOGRAPHY FOR BREAST CANCER SCREENING

Pisaro E, Gatsonis C., et als
N. Engl. J. Med 2005, 353 (Oct 27): 1773 – 1783

Σκοπός: Η σύγκριση της ακρίβειας της ψηφιακής μαστογραφίας έναντι της συμβατικής μαστογραφίας.

Σχεδιασμός: Προοπτική, πολυκεντρική μελέτη

Μέθοδος: Υποψήφιος στη μελέτη ήταν ασυμπτωματικές γυναίκες που προσήρχοντο για προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο. Αποκλείοντο γυναίκες με ενοχλήματα από το μαστό, με μαστικά ενθέματα, με υποψία εγκυμοσύνης, με ιστορικό καρκίνου και με μαστογραφικό έλεγχο τους τελευταίους 11 μήνες. Στη μελέτη συμμετείχαν 33 κέντρα. Όλες οι γυναίκες υποβάλλονταν σε ψηφιακή και συμβατική μαστογραφία. Όλες οι ψηφιακές και συμβατικές μαστογραφίες διαβάζονταν από δύο ανεξάρτητους ακτινολόγους. Όλες οι μαστογραφίες ταξινομούντο στην 7θμια για κακοήθεια κλίμακα και στην BIRADS κλίμακα. Οι ακτινολόγοι επίσης ταξινομούσαν την πυκνότητα του μαστού ως ακραία πυκνότητα, ανομοιογενή πυκνότητα, διάσπαρτες ινοαδενικές πυκνότητες ή σχεδόν λιπώδη μαστό. Οι γυναίκες επέστρεφαν μετά ένα έτος για επανάληψη της μαστογραφίας. Οι γυναίκες θεωρούνται ότι έχουν καρκίνο εάν υπήρχε ιστολογική τεκμηρίωση καρκίνου μέσα σε 455 ημέρες από την αρχική μαστογραφία. Οι γυναίκες θεωρούντο ότι είχαν αρνητικά αποτελέσματα για καρκίνο εάν υπήρχε αρνητική για καρκίνο βιοψία και η επόμενη μετά ένα χρόνο μαστογραφία ήταν αρνητική. Οι γυναίκες θεωρούντο ενδιάμεσης κατάστασης εάν είχαν βιοψία μαστού με μη διαγνωστικά συμπεράσματα ή στην επαναληπτική μαστογραφία είχαν ύποπτα αποτελέσματα (BIRADS 3,4 ή 5) ή πέθαναν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη εισήλθαν 49528 γυναίκες. Μετά από αποκλεισμό 42760 γυναίκες ήταν υποψήφιος για ανάλυση. Με βάση την 7/βάθμια κλίμακα κακοήθειας, 223 γυναίκες (0,5%) είχαν θετική ψηφιακή και συμβατική μαστογραφία, 947 γυναίκες (7,2%) είχαν θετική μόνο την ψηφιακή μαστογραφία και 40,553 (94,8%) είχαν αρνητική και την ψηφιακή και τη συμβατική μαστογραφία. Διαγνώστηκαν 335 καρκίνοι μαστού. Συνολικά δεν υπήρχε διαφορά στην ακρίβεια της συμβατικής έναντι της ψηφιακής μαστογραφίας. Δεν υπήρχε διαφορά σε γυναίκες > 50 ετών, σε γυναίκες με λιπώδη μαστό ή ινοαδενωματοειδείς πυκνότητες και σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Όμως η ψηφιακή μαστογραφία ήταν σημαντικά καλλίτερη σε γυναίκες κάτω των 50 ετών και σε γυναίκες με ανομοιογενή πυκνότητα ή πολύ πυκνούς μαστούς καθώς και στις προ ή περί εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Συμπέρασμα: Η ψηφιακή μαστογραφία ήταν πιο ακριβής σε νεώτερες γυναίκες και σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς.

Σχόλιο (Rager Blave) : Αυτή η μεγάλη πολυκεντρική μελέτη αποκαλύπτει ότι η ψηφιακή μαστογραφία είναι καλλίτερη της συμβατικής σε υποομάδες ασθενών αλλά δεν υπήρχε διαφορά στο σύνολο του πληθυσμού. Επιπλέον η ψηφιακή μαστογραφία είναι δαπανηρή και όχι ευρέως διαθέσιμη.

THE ACCURACY OF ULTRASOUND, STEREOTACTIC, AND CLINICAL CORE BIOPSIES IN THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER, WITH AN ANALYSIS OF FALSE – NEGATIVE CASES

Dillon MF, Hill ADK et Als

Ann. Surg. 2005, 242 (November): 701 – 702

Σκοπός: Η σύγκριση της ακρίβειας της Core βιοψίας που λαμβάνεται με κλινική υπερηχογραφική και στερεοτακτική καθοδήγηση

Σχεδιασμός: Αναδρομική ανασκόπηση

Συμμετέχοντες: Γυναίκες αποστέλλόμενες για προληπτικό έλεγχο ή για αξιολόγηση συμπτωματικής νόσου του μαστού.

Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση των ιατρικών δεδομένων όλων των γυναικών που αντιμετωπίστηκαν από ένα νοσοκομείο της Ιρλανδίας μεταξύ του Ιανουαρίου 1999 και του Σεπτεμβρίου 2003. Οι γυναίκες αποστέλλοντο από τους οικογενειακούς γιατρούς τους είτε για την αξιολόγηση συμπτωμάτων από το μαστό είτε για προληπτικό έλεγχο ρουτίνας. Όλες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε μαστογραφία και οι περισσότερες σε υπέρηχο. Βιοψία με τη βοήθεια υπέρηχου, έγινε όπου υπήρχαν βλάβες ορατές με υπέρηχο. Βιοψίες με στερεοτακτική βοήθεια έγιναν όπου οι βλάβες δεν ήταν ορατές στον υπέρηχο. Βιοψίες υπό κλινική καθοδήγηση έγιναν σε ψηλαφητές βλάβες. Τα αποτελέσματα των βιοψιών ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικά, καλοήγη, ανεπαρκή, άτυπα, ύποπτα ή κακοήγη. Στις περιπτώσεις στις οποίες, οι ασθενείς είχαν αρχικά αρνητικό αποτέλεσμα και στη συνέχεια βρέθηκε κακοήθεια, θεωρήθηκαν ψευδώς αρνητικά. Στις περιπτώσεις με αρχική βιοψία άτυπη που στη συνέχεια απεκαλύφθη καρκίνος χαρακτηρίστηκαν υποεκτιμηθείσες.

Αποτελέσματα: Έγιναν 2427 core βιοψίες. 622 σε γυναίκες αποσταλείσες για προληπτικό έλεγχο και 1805 σε γυναίκες αποσταλείσες για συμπτωματική

νόσο. Σε 1383 διεγνώσθη καρκίνος, σε 954 καλοήθης νόσος και σε 99 ατυπία. 1279 υποβλήθηκαν σε βιοψία υπό υπέρηχο, 409 σε στερεοτακτική βιοψία και 739 σε βιοψία υπό κλινική καθοδήγηση.

85 γυναίκες με αρχική καλοήγη βιοψία στη συνέχεια βρέθηκαν να έχουν κακοήθεια. Το συνολικό ψευδώς αρνητικό ποσοστό ήταν 6,1%. Το ψευδώς αρνητικό ποσοστό για κάθε μέθοδο ήταν : 1,7% για βιοψία υπό υπέρηχο, 8,9% για τη στερεοτακτική βιοψία και 13% για βιοψία υπό κλινική καθοδήγηση. Οι περισσότερες γυναίκες με ψευδώς αρνητική βιοψία είχαν μάζα ή αυξημένη πυκνότητα. Στις γυναίκες με ψευδώς αρνητική βιοψία, το συνηθέστερο παθολογοανατομικό εύρημα ήταν η ίνωση.

Συμπέρασμα: Για την core βιοψία πρέπει να χρησιμοποιείται υπέρηχος ή στερεοτακτική καθοδήγηση.

Σχόλιο (Roger Blake): Συμφωνώ με την άποψη των συγγραφέων ότι η core βιοψία πρέπει να γίνεται υπό καθοδήγηση εικόνας. Όμως χρειάζεται προσοχή στην ερμηνεία αυτής της αναδρομικής ανάλυσης. Επιπλέον ενώ η core βιοψία υπό κλινική καθοδήγηση συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, οι συγγραφείς δε δίδουν στατιστική ανάλυση των δεδομένων τους.

LOCAL RECURRENCE AFTER HEPATIC RADIOFREQUENCY COAGULATION: MULTIVARIATE META – ANALYSIS AND REVIEW OF CONTRIBUTING FACTORS.

Mulier S., Ni Y et Als

Ann. Surg. 2005 : 242 (August) : 158 – 171

Σκοπός: Ο καθορισμός των παραγόντων τοπικής υποτροπής όγκων του ήπατος μετά από καταστροφή τους με ραδιοσυχνότητες.

Μέθοδος: Διερεύνηση της βιβλιογραφίας μέσω του PubMed των τελευταίων 15 ετών. Ελήφθησαν υπόψη μόνο μελέτες με παρατεταμένη παρακολούθηση. Επίσης αποκλείστηκαν οι σειρές με παρηγορική θεραπεία. Έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση για τη διερεύνηση συνδέσεων προγνωστικών παραγόντων και πιθανότητας υποτροπής.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 95 σειρές με 5224 όγκους ήπατος. Οι όγκοι πιο συχνά καταστρέφονταν

διαδερμικά σε αντίθεση με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση. Οι συγγραφείς εκτιμούσαν το μέγεθος του όγκου, την ιστολογική εικόνα, την εγγύτητα με τα αγγεία την υποκάψιο εντόπιση, τη χειρουργική ή διαδερμική προσπέλαση, τα όρια, τον αγγειακό αποκλεισμό και την εμπειρία του ιατρού ως πρόβλεψη υποτροπής. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση οι μικροί όγκοι, οι νευροενδοκρινείς μεταστάσεις, οι μη υποκάψιοι όγκοι ή χειρουργική προσπέλαση, ο αγγειακός αποκλεισμός, όρια 1εκστ., η μεγαλύτερη εμπειρία του ιατρού, η μεγαλύτερη απόσταση από τα μεγάλα αγγεία, συνοδεύοντο με μικρότερο κίνδυνο υποτροπής. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι μόνοι προβλεπτικοί για υποτροπή παράγοντες ήταν το μέγεθος του όγκου και η εγχειρητική έναντι της διαδερμικής προσπέλασης. Η μείωση της υποτροπής στη χειρουργική προσπέλαση σημειώθηκε ακόμη και σε μικρότερους όγκους.

Συμπεράσματα: Αρκετοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένων του μεγέθους του όγκου και της χειρουργικής προσπέλασης επηρεάζουν την υποτροπή μετά από καταστροφή των ηπατικών όγκων με ραδιοσυχνότητες. Ίσως είναι απαραίτητη η υιοθέτηση χειρουργικής προσπέλασης στην καταστροφή με ραδιοσυχνότητες έστω και αν είναι πιο επεμβατική καθώς προσφέρει βελτίωση στον έλεγχο του όγκου συγκριτικά με τη διαδερμική προσπέλαση.

Σχόλιο (Ram Nirula): Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ιδέα ότι η χειρουργική εφαρμογή της καταστροφής με ραδιοσυχνότητες είναι πιο αποτελεσματική από την διαδερμική προσπέλαση στη μείωση των υποτροπών. Αρκετοί παράγοντες δεν βρέθηκαν να έχουν προβλεπτική αξία στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Ίσως αυτό είναι αποτέλεσμα ενός σφάλματος τύπου II καθώς η πολυπαραγοντική ανάλυση στρωματοποιεί τα δεδομένα σε μικρότερους αριθμούς, κάνοντας πιο δύσκολη την αποκάλυψη ωφέλειας του καθενός παράγοντος. Επιπλέον η συνήθης δυνητική προκατάληψη στην αναδρομική μελέτη υπάρχει.

Ακόμη ο χρόνος της παρακολούθησης έπρεπε να είναι μακρότερος καθώς ένας σημαντικός αριθμός υποτροπών συμβαίνει ένα με δύο χρόνια μετά την αρχική θεραπεία. Όμως με τα υπάρχοντα δεδομένα δεν μπορεί να αγνοήσει κανείς το γεγονός ότι η χειρουργική προσπέλαση καταστροφής με ραδιοσυχνότητες οδηγεί σε χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής. Αυτό έχει και βιοφυσική αίσθηση καθώς η χειρουργική προσπέλαση επιτρέπει τη δέσμη να κατευθυνθεί ακριβέστερα, επιτρέπει τις τεχνικές αγγειακού αποκλεισμού και τη χρήση διεγχειρητικού υπερηχοτομογραφήματος για την αποκάλυψη των πραγματικών ορίων της βλάβης.

SURGICAL TREATMENT OF ARRENDICEAL ADENOCARCINOID (COBLET CELL CARCINOID)

Bucher P., Gervaz P et Als
World J Surg. 2005; 29:1436 – 1439

Σκοπός: Ο καθορισμός της φυσικής ιστορίας του αδενοκαρκινοειδούς της σκωληκοειδούς και η ταυτοποίηση εναλλακτικών αντιμετώπισεων.

Σχεδιασμός: Αναδρομική κλινική ανασκόπηση

Συμμετέχοντες: Επτά ασθενείς με αδενοκαρκινοειδείς όγκους της σκωληκοειδούς αντιμετώπιθέντες μεταξύ του Ιανουαρίου 1991 και του Δεκεμβρίου 2003.

Μέθοδος: Ανασκόπηση των ιστορικών των ασθενών. Όλοι οι ασθενείς είχαν πλήρη παρακολούθηση που εκυμάνθη από 24 έως 108 μήνες με μέση παρακολούθηση 60 μήνες. Οι έξι άνδρες και η μία γυναίκα είχαν μέση ηλικία 72 ετών με εύρος 27 έως 81 έτη.

Όλοι οι ασθενείς προσήλθαν με κοιλιακό άλγος συμβατό με οξεία σκωληκοειδίτιδα και όλοι είχαν χειρουργική αντιμετώπιση. Ένας ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά κολεκτομή για μάζα 3εκ. Τρεις ασθενείς είχαν μάζα μεγαλύτερη του 1εκ. και υποβλήθηκαν σε δεξιά κολεκτομή σε δεύτερο χρόνο. Οι υπόλοιποι τρεις ασθενείς είχαν όγκο μικρότερο του 1εκ. και υποβλήθηκαν σε σκωληκοειδεκτομή.

Αποτελέσματα: Οι τρεις ασθενείς με σκωληκοειδεκτομή ήσαν ζωντανοί χωρίς ένδειξη νόσου με μέσο χρόνο παρακολούθησης 84 μηνών. Δύο από τους ασθενείς με κολεκτομή ήσαν επίσης ζωντανοί χωρίς ένδειξη νόσου. Ένας ασθενής ανέπτυξε καρκινωμάτωση κοιλίας και πέθανε. Ο τελευταίος ασθενής ανέπτυξε ένα μετάχρονο καρκίνο του παχέος εντέρου και πέθανε. Σύγχρονο καρκίνο του κόλου ανέπτυξε ένας ασθενής και μετάχρονο καρκίνο του κόλου δύο ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η σκωληκοειδεκτομή είναι επαρκής θεραπεία για αδενοκαρκινοειδή μικρότερα του 1εκ., χαμηλού αριθμού μитώσεων και χωρίς επέκταση εκτός σκωληκοειδούς.

Σχόλιο (John Weigelt) : Τελευταία είχαμε μια τέτοια περίπτωση όγκου στη συνάντηση νοσηρότητας – θνητότητας και υπήρξε μεγάλη συζήτηση για το ότι έπρεπε να γίνει. Αυτή η ανασκόπηση υπονοεί ότι το

μέγεθος μόνο είναι το πιο σπουδαίο κριτήριο επιλογής αντιμετώπισης. Η άλλη παρατήρηση που είναι πιο σημαντική είναι η σύνδεση με άλλους κολο – ορθικούς καρκίνους. Υπονοούν ότι οι βλάβες αυτές πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες για προληπτικό έλεγχο κολο – ορθικού καρκίνου. Φαίνεται καλή ιδέα αν και βασίζεται σε μικρή σειρά ασθενών.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MINIMALLY INVASIVE MICRODUCTECTOMY VERSUS MAJOR DUCT EXCI- SION IN PATIENTS WITH PATHOLOGIC NIPPLE DISCHARGE

Sharma R., Dietz J et Als
Surgery 2005, 138 (October): 591 – 597

Σκοπός: Η σύγκριση των αποτελεσμάτων αντιμετώπισης ασθενών που είχαν μεγάλη εκτομή πόρου με αυτούς που είχαν ενδοσκοπική μικροπορεκτομή για έκκριση της θηλής του μαστού.

Σχεδιασμός: Αναδρομική ανασκόπηση των ασθενών με έκκριση της θηλής και που αντιμετώπιστηκαν χειρουργικά.

Συμμετέχοντες: 235 ασθενείς. 95 είχαν ενδοσκόπηση των πόρων και 140 μεγάλη εκτομή των πόρων.

Μέθοδος: Ανασκοπήθηκαν τα ιστορικά των ασθενών για δημογραφικές πληροφορίες και παθολογικά ευρήματα. Ο πρωταρχικός στόχος ήταν τα παθολογοανατομικά ευρήματα. Αναλύθηκε ο αριθμός των καλοήθων και άτυπων υπερπλασιών, του πορογενούς καρκινώματος in situ και των περιπτώσεων καρκίνου σε κάθε ομάδα. Η ενδοσκόπηση του πόρου έγινε με τοπική αναισθησία μετά από διαστολή. Ένα 0,9χιλ. μαστικό ενδοσκόπιο εισήχθη στον πόρο και επακολουθούσε διάταση με φυσιολογικό ορό. Ελαμβάνετο έκπλυμα του πόρου. Ανώμαλα ευρήματα αφαιρούντο αφήνοντας το ενδοσκόπιο στη θέση του και αφαιρώντας τον ιστό γύρω από το ενδοσκόπιο μαζί με τον ιστό στην κορυφή του ενδοσκοπίου. Μεγάλη εκτομή πόρων έγινε με τοπική αναισθησία και ενδοφλέβια καταστολή. Ένας οδηγός χρησιμοποιείτο συνήθως για να οδηγεί αυτή την εκτομή.

Αποτελέσματα: Τα δείγματα ιστών ήσαν μικρότερα για την μικροπορεκτομή. Άτυπη υπερπλασία των πόρων βρέθηκε στο 9% της μικροπορεκτομής και

στο 10% της μείζονος εκτομής των παρασκευασμάτων. Πορογενές καρκίνωμα *in situ* βρέθηκε στο 3% της μικροπορεκτομής και στο 6% της μείζονος εκτομής. Καρκίνωμα βρέθηκε στο 2% της μείζονος εκτομής των πόρων. Η συνολική ανίχνευση καρκίνου ήταν 3% στη μικροπορεκτομή και 9% στη μείζονα εκτομή των πόρων. Οι επιπλοκές δεν διέφεραν.

Συμπέρασμα: Η μείζον εκτομή του πόρου ανιχνεύει περισσότερους κρυφούς καρκίνους από τη μικροπορεκτομή.

Σχόλιο (John Weigelt): Αυτή φαίνεται να είναι μια αρνητική μελέτη. Αυτό είναι που οι συγγραφείς λένε, χωρίς να το λένε ευθέως. Η τεχνολογία φαίνεται να δουλεύει, αλλά τα αποτελέσματα δεν υπαινίσσονται ότι η τεχνολογία είναι καλλίτερη. Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι η μέθοδος αυτή συν MRI μαστών μπορεί να επιτρέψει την αφαίρεση μικρότερων βλαβών με ελάχιστα επεμβατική χειρουργική. Αυτή είναι μια υπόσχεση μη τεκμηριωμένη. Πρέπει να δεχθούμε αυτό το άρθρο για ό,τι λέει και να περιμένουμε να έχουμε δεδομένα που θα υποστηρίξουν αυτή την τεχνολογία προτού την αποδεχθούμε περαιτέρω.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία αποτελεί την επίσημη έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ογκολογίας και δημοσιεύει τα ακόλουθα βασικά είδη άρθρων που έχουν σχέση με το αντικείμενο της Χειρουργικής Ογκολογίας.

1. Άρθρα σύνταξης.
2. Γενικά θέματα.
3. Ανασκοπήσεις. Τα χειρόγραφα των ανασκοπήσεων δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 20 δακτυλογραφημένες σελίδες μαζί με τις βιβλιογραφικές παραπομπές.
4. Ερευνητικές εργασίες κλινικού ή πειραματικού περιεχομένου. Η έκταση των χειρογράφων μαζί με πίνακες και βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 15 δακτυλογραφημένες σελίδες.
5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Η έκτασή τους δεν πρέπει να ξεπερνάει τις 10 δακτυλογραφημένες σελίδες μαζί με πίνακες και βιβλιογραφικές παραπομπές.
6. Επίκαιρα θέματα.
7. Σεμινάρια, Στρογγύλες Τράπεζες, Διαλέξεις.
8. Βιβλιοκρισίες.
9. Γράμματα προς τη σύνταξη.

ΔΟΜΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Το χειρόγραφο πρέπει να είναι δακτυλογραφημένο με διπλό διάστημα σε γραμματοσειρά Arial No 12 σε επεξεργαστή κειμένου Word 97 ή 2000 συμβατό με IBM και να έχει ξεχωριστή σελίδα με τον τίτλο της εργασίας, την περίληψη, το κείμενο τις ευχαριστίες, την αγγλική περίληψη, τις βιβλιογραφικές παραπομπές, τους πίνακες και τις λεζάντες των εικόνων:

1. Σελίδα τίτλου: Αυτή περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας (κεφαλαία), τα ονόματα των συγγραφέων (κεφαλαία), την Κλινική, το Εργαστήριο, το Τμήμα ή το Ίδρυμα από όπου προέρχεται, τον τρέχοντα τίτλο της εργασίας, τη διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, email του υπεύθυνου συγγραφέα για την αλληλογραφία.
2. Περίληψη: Αποτελείται από 150 περίπου λέξεις και στο τέλος αυτής σημειώνονται 3 - 10 λέξεις ευρετηρίου, που θα χρησιμοποιηθούν για τον κατάλογο των περιεχομένων. Οι όροι αυτοί πρέπει να παίρνονται από επικεφαλίδες αντιστοίχων κεφαλαίων του Index Medicus, εφόσον αυτό είναι δυνατόν.
3. Κείμενο: Διαιρείται σε τμήματα με τις επικεφαλίδες (οι επικεφαλίδες με κεφαλαία): Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα και Συζήτηση για τις ερευνητικές εργασίες και Εισαγωγή, Περιγραφή περιπτώσεως, Συζήτηση για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις.
4. Αγγλική περίληψη (SUMMARY) : Αποτελείται από 150 - 350 λέξεις. Στο τέλος αυτής αναφέρονται 3 - 10 Key words.
5. Βιβλιογραφία: Οι βιβλιογραφικές παραπομπές ακολουθούν το σύστημα Vancouver. Είναι αριθμημένες

με αραβικά νούμερα, διαδοχικά με τη σειρά που αναφέρονται στο κείμενο. Προσοχή: Σε κάθε βιβλιογραφική παραπομπή πρέπει να γράφεται μετά τον τίτλο του περιοδικού, το έτος, ο τόμος και οι αριθμοί της πρώτης και της τελευταίας σελίδας του άρθρου. Θα αναφέρονται κανονικά οι έξι πρώτοι συγγραφείς και από τον έβδομο και μετά θα γράφεται et al. Οι τίτλοι των περιοδικών να αναφέρονται με σύντμηση όπως στο Index Medicus.

Παράδειγμα: Walz MK, Metz KA, Sastry M, Eigler FW, Leder LD. Benign mesothelial splenic cyst may cause high serum concentration of CA 19-9. Eur J Surg 1994 Jun-Jul;160(6-7):389-91

Μη δημοσιευμένες εργασίες να μην αναφέρονται στην βιβλιογραφία.

6. Πίνακες: Κάθε πίνακας είναι δακτυλογραφημένος με διπλό σύστημα σε ιδιαίτερη σελίδα. Οι πίνακες αριθμούνται διαδοχικά και έχουν ένα ολιγόλογο τίτλο ο καθένας. Πίνακες σε φωτογραφία δεν γίνονται δεκτοί.
7. Εικόνες: Οι λεζάντες και οι επεξηγήσεις γράφονται σε ιδιαίτερη σελίδα και όχι πάνω σε αυτές. Κάθε εικόνα πρέπει να έχει στην πίσω επιφάνειά της τον αριθμό της, τα ονόματα των συγγραφέων και ένα βέλος που να δείχνει το άνω μέρος αυτής, σημειωμένα με μολύβι. Υπάρχοντα σχήματα υποβάλλονται ως εικόνες. Δημοσιεύονται μόνο ασπρόμαυρες εικόνες ενώ για τις έγχρωμες επιβαρύνεται το κόστος ο συγγραφέας. Στις μικροφωτογραφίες να αναφέρεται η μεγέθυνση. Σε φωτογραφίες όπου φαίνονται τα πρόσωπα ανθρώπων να αποκρύπτονται τα χαρακτηριστικά τους ή να συνοδεύονται από γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς. Αν μια εικόνα έχει δημοσιευθεί αλλού, να γνωστοποιείται και να συνοδεύεται από γραπτή άδεια για τα δικαιώματα.

Οι εργασίες αποστέλλονται σε διπλή μορφή γραπτή και ηλεκτρονική (cd ή δισκέτα) με προσοχή ώστε να μην διπλωθούν κατά την ταχυδρόμηση, στη διεύθυνση Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας (υπ' όψιν κ. Εμμ. Παναγόπουλου), Νοσοκομείο "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", Λ. Αλεξάνδρας 171, Τ.Κ. 115 22 Αθήνα.

Η εργασία πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από επιστολή υπογεγραμμένη από όλους του συγγραφείς η οποία θα αναφέρει:

- A. Η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό περιοδικό.
- B. Η εργασία εγκρίθηκε από όλους τους συγγραφείς.

Η δημοσίευση στην Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία δεν σημαίνει απαραίτητα και αποδοχή της γνώμης και των συμπερασμάτων των συγγραφέων από τη συντακτική επιτροπή.