



2^ο Διακλινικό Μετεκπαιδευτικό Μάθημα Καρδιοθωρακοχειρουργικής

Παρασκευή 13 Ιανουαρίου 2017, ώρες 20.00 – 22.30
Αίθουσα Τελετών της Παλαιάς Φιλοσοφικής Σχολής Α.Π.Θ.

Θέμα:

Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα

Συντονιστής: Χριστόφορος Φορούλης, Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ.

Ομιλητές:

- 1. Ιωάννης Παπαχρήστος:** Γενικές αρχές της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα
- 2. Θεόδωρος Καραϊσκος:** Θωρακοσκοπική λοβεκτομή
- 3. Χριστόφορος Φορούλης:** Εκτεταμένες εκτομές
- 4. Νικόλαος Δεσιμόνας:** Επεμβάσεις διάσωσης πνευμονικού παρεγχύματος

Σχολιαστές:

- 1. Δημήτριος Δουγένης,** Καθηγητής Καρδιοθωρακοχειρουργικής, Πανεπιστήμιο Πατρών
- 2. Κοσμάς Τσακίριδης,** Καρδιοθωρακοχειρουργός, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- 3. Ιακώβ Αντζελ,** Δ/ντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο
- 4. Χρήστος Παπακωνσταντίνου,** Ομότιμος Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Α.Π.Θ.



Γενικές Αρχές της Χειρ/κής αντιμετώπισης του NSCLC

Ιω. Χ. Παπαχρήστος, Γ/Αρτρος
Δ/ντής Θωρακοχειρ/κού του 424 ΓΣΝΕ

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

1

Τρωικός Πόλεμος

Ὁ Μενέλαος καὶ ὁ Ἕκτωρ
μονομαχοῦν πάνω ἀπὸ τὴν σορὸ τοῦ **Εὐφόρβου**

Κεραμικό του ~ **600 π.Χ.**:

- ἀπὸ ἀνασκαφὴ στὴν **Κάμειρο** τῆς Ρόδου
- $\varnothing$ 39,37 cm
- ἀποκτηθὲν τὸ 1860 ἀπὸ τὸ **Βρετανικὸ Μουσείο**, ὅπου ἐκτίθεται (αρ. 1860,0404.1)



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

2

1.188 – 1.190 π.Χ.

- Άλωση Τροίας, σύμφωνα με αρχαιολογικά ευρήματα ανασκαφών στο Ιλιον
- Όμηρου **Ίλιάς**
- Λέξη **ιητήρ** (ιητήρος, ..., ιητήρες, ...)
- Μαχάων:
 - “άντάξιος πολλῶν ἀνδρῶν” (Λ 515)
 - γιός του θεού Ασκληπιού (Λ 518, Δ 190–195, Δ 200–205)



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

3

Λ 510

αὐτίκα δ' Ἰδομενεὺς προσεφώνεε Νέστορα δῖον·
ὦ Νέστορ Νηληϊάδῃ μέγα κῦδος Ἀχαιῶν
ἄγρει σῶν ὀχέων ἐπιβήσεο, πὰρ δὲ **Μαχάων**
βαινέτω, ἕς νῆας δὲ τάχιστ' ἔχε μώνυχας ἵππους·
ιητρὸς γὰρ ἀνὴρ πολλῶν ἀντάξιος ἄλλων

Λ 515

ιοὺς τ' ἐκτάμνειν ἐπὶ τ' ἥπια φάρμακα πάσσειν.
ὥς ἔφατ', οὐδ' ἀπίθησε Γερήνιος ἱππότα Νέστωρ.
αὐτίκα δ' ὦν ὀχέων ἐπεβήσετο, πὰρ δὲ **Μαχάων**
βαῖν' **Ἀσκληπιοῦ υἱὸς** ἀμύμονος **ιητήρος**·
μάστιξεν δ' ἵππους, τὼ δ' οὐκ ἀέκοντε πετέσθην

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

4



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

5

Ψ Ϟ ≡: "I-JA-TE" = ι-η-τήρ

Η 1^η γραπτή εμφάνιση της ελληνικής λέξης *ιητήρ* πριν 3.300 χρόνια! Γραμμικής Β' συλλαβές σε πήλινη πινακίδα 13^{ου} αι. π.Χ. (αριθμ. πινακίδας: Ερ 146, Εθν. Αρχαιολ. Μουσείο Αθηνών, ανευρέθηκε στο Ανάκτορο Άνω Εγκλιανού, στην Πύλο).



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

6

Εξέλιξη Άσκησης επί το ΟΡΘΟΤΕΡΟΝ :

- Προϊπποκρατικοί Ίητῆρες :

- Λέξη Γραμμικής Β' (πήλινη πινακίδα Πύλου), αλλά & στην Όμηρου Ίλιάδα
- Υποκειμενικές γνωμοδοτήσεις:
 - συχνά “κατὰ τὸ δοκοῦν”
 - συχνά *θεοκρατικές* (χρησμοί μαντείων, θυσίες σε θεότητες, νηστείες κ.τ.ό.)

- Ιπποκράτης (460 — 377 π.Χ.)

- **Ενδείξεις**
- Θεσμοθέτηση ἐπὶ τῇ βάσει ορθολογικής αιτιολόγησης και βιοστατιστικών παρατηρήσεων ἐπὶ δεκάδων / εκατοντάδων χιλιάδων περιπτώσεων ασθενών

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

7

608

APHORISMES.

87. Ἰ Όκόσα φάρμακα ἴ οὐκ ἰῆται, σίδηρος ἰῆται· ἴ ὅσα σίδηρος οὐκ ἰῆται, πῦρ ἰῆται· ὅσα δὲ πῦρ οὐκ ἰῆται, ταῦτα χρῆ νομίζεῖν ἀνίατα.



Ἱπποκράτους “Ἀφορισμοί”, τμήμα Ζ', 87

É. M. P. Littré. *Œuvres Complètes d'Hippocrate*. J.-B. Ballière, Paris **1844**, τόμος IV, σ. 608



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

8

Μετά από παρέλευση $2,5 \times 10^3$ ετών :

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)
- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing
- Εγχειρητικοί στόχοι
- Ιατρική Τεκμηρίωση



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

9

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -1

➤ Ενδείξεις (& Αρχές, ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)

- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing
- Εγχειρητικοί στόχοι
- Ιατρική Τεκμηρίωση



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

10

Κατευθυντήριες Αρχές θεσμοθετημένες από:

- **NCCN**

- National Comprehensive Cancer Network



- **IASLC**

- International Association for the Study of Lung Cancer



- **UICC**

- Union Internationale contre le Cancer



- **ATS, ERS, BTS**

- American Thoracic Society
- European Respiratory Society
- British Thoracic Society



- **STS, EACTS, ESTS**

- Society of Thoracic Surgeons
- European Association for Cardio-Thoracic Surgery
- European Society of Thoracic Surgeons



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

11



- **IASLC:**

- Mr. **Peter Goldstraw**, FRCS
- Em. **Prof.**, NHLI, Imperial College, London
- co-chairman Intern. Stag. Committee **IASLC**
- Director of Surgery, Royal **Brompton** Hospital, London
- Academic Dept. of Thorac. Surg., Imperial College, London
- Αποφυγή μεροληψίας / προκατάληψης
- **NCCN** Principles



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

12

NCCN Χειρ/κής R -1



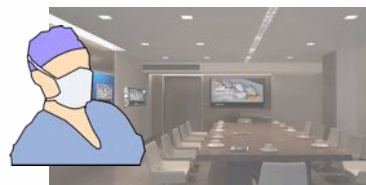
- Εκτίμηση (εξαιρεσιμότητας & σταδίου) και Τέλεση εκτομής **από ΘΡΧ/ργό**, που τελεί **ογκολ. εκτομές πν. παρεγχ. ως μείζον / κύριο** μέρος της κλινικής πρακτικής του
- CT & PET πρέπει ≤ 60 ημερών
- Χειρ/κή = **Η Προτιμότερη** μορφή τοπικής R (θεραπείας). Άλλες τοπικές:
 - Καταστροφή R/F, Κρυοθεραπεία
 - SABR (stereotactic ablative radiation R [therapy])
- Πρέπει **να καθορισθούν ρητά** ο Συνολικός Σχεδιασμός της R καθώς και αναγκαίες απεικονίσεις **Πριν** να αρχίσει οποιαδήποτε μη-επείγουσα R

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

13

NCCN Χειρ/κής R -2



- ΘΡΧ/κή ογκολογική γνώμη είναι **αναγκαία** σε Κάθε περίπτωση ασθενούς, για τον οποίο είναι υπό σκέψη τοπική ιαματική R
- Πρέπει να συμμετέχουν ενεργά **ΘΡΧ/ργοί** στα Ογκολογικά κλπ. Ιατρικά Συμβούλια.
- Σε ενεργούς **καπνιστές** να προσφέρεται υποστήριξη προεγχειρητ. Διακοπής, λόγω υψηλότερων κινδύνων μτχ/κών επιπλοκών, οι οποίες πρέπει, ωστόσο, να ΜΗΝ θεωρούνται απαγορευτικές
- **Ανατομική** εκτομή πνευμονικού παρεγχύματος = Η Προτιμότερη για πλειονότητα ασθενών με NSCLC (ενν. εκτ. Πνευμονικού Λοβού).



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

14

NCCN Χειρ/κής R -3

- Κάθε Εκτομή **ελάσσων** λοβού (τμηματ- ή Σφηνοειδής Εκτ.) **πρέπει** να επιτυγχάνει παρεγχυματικά **όρια** εκτομής ≥ 2 cm (ή $\geq$ μέγεθος Οζιδίου)
- Κάθε Ελάσσων Εκτομή πρέπει να συνοδεύεται από δειγματοληψία **ΛΝ** από κατάλληλους σταθμούς **N1 & N2**
- Η Τμηματεκτομή (προτιμότερη της Σφηνοειδούς) σε ασθενείς με:
 - Πτωχές αναπνευστ. Εφεδρείες ή άλλη συνυπάρχ. Πάθηση, αποτελούσα αντένδειξη για Λοβεκτομή
 - Περιφερικό Οζίδιο στο έξω $\frac{1}{3}$ πνευμ. παρεγχύματος με:
 - Ιστοπαθολογ. in situ αδenoκαρκίνωμα
 - Όψη θολής υάλου $\geq 50\%$ σε CT
 - Μακρό χρόνο διπλασιασμού ≥ 400 ημέρες με ακτ/γική επιτήρηση



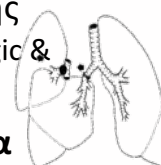
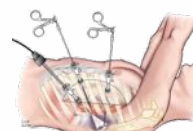
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

15

NCCN Χειρ/κής R -4

- Να τίθεται **υπό σκέψη** τέλεση Εκτομής με **ελάχιστα επεμβατικό** τρόπο (συμπεριλαμβ. VATS, Ρομποτικής) σε επιλεγμένους ασθενείς χωρίς ανατομικές ή χειρ/κές αντενδείξεις, **εφόσον δεν** γίνεται συμβιβασμός ή παραβίαση ογκολογικών Αρχών θωρακοχειρ/κής “παρασκευής” (“as long as there is no compromise of standard oncologic & dissection principles of thoracic surgery”).
- Σε επιλεγμένους ασθενείς μετά από VATS-λοβεκτομή σε **κέντρα μεγάλου αριθμού** τέτοιων επεμβάσεων έχει αναφερθεί “απουσία συμβιβασμού” της τελικής ογκολογικής εκβάσεως.
- Η Λοβεκτομή “**δίκην περιχειρίδος**” (sleeve lobectomy) προτιμότερη της Πνευμονεκτομής (αν ανατομικώς εφικτή και αρν[-] όρια εκτομής).



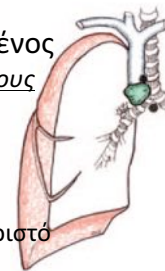
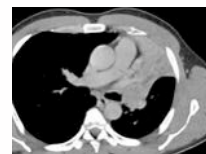
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

16

NCCN Χειρ/κής R -5

- Για Όγκους **T3 & T4** με επέκταση κατά συνέχεια ιστού απαιτείται **συν-εκτομή *en bloc*** των διηθημένων δομών με αρν(-) όρια. Αν τυχόν δεδομένος ΘΡΧ/ργός ή κέντρο έχει **αβεβαιότητα** επίτευξης των ανωτέρω (δηλ. Πλήρους εκτομής / *Complete* resection), τότε να τεθεί υπό σκέψη λήψη γνώμης από εξειδικευμένο κέντρο με μεγάλο αριθμό παρόμοιων εγχειρήσεων.
- Ανάγκη **συσχέτισης** διεγχειρητικών ευρημάτων με ιστοπαθολογικά λ.χ.:
 - μέση επιφάνεια στελεχιαίου βρ. με υποτροπιδικούς ΛΝ, που στάλθηκαν ως ξεχωριστό παρασκεύασμα
 - υπεζωκοτικό όριο με Αορτή, χωρίς διήθηση της τελευταίας



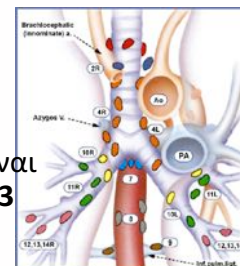
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

17

NCCN Χειρ/κής R -6

- Αναπόσπαστο στοιχείο εκτομών για καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να είναι η **Εκτομή ΛΝ** από σταθμούς N1 & N2: δειγματοληψία από **τουλάχιστον 3** σταθμούς ΛΝ ή πλήρης λεμφαδενεκτομή.
- Σε ασθενείς, που χειρουργούνται για στάδιο **IIIA (N2)** απαιτείται **τυπική συστηματική** λεμφαδενεκτομή σύστοιχα
- **R0** ή **Τελεία** ή **Πλήρης** είναι η εκτομή (*Complete* resection) με ελεύθερα όρια εκτομής **και** ελεύθερο διήθησης τον υψηλότερο μεσαυλικό ΛΝ μετά από συστηματική δειγματοληψία ή εκτομή ΛΝ.
- **R1 ή R2: Ατελής** είναι εκτομή (*Incomplete* Resection), αν υπάρχει διήθηση ορίων εκτομής, μη-εκταμένοι ΛΝ διηθημένοι ή πλευριτική / περικαρδιακή συλλογή.

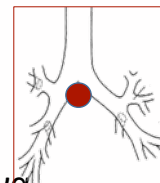


13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

18

NCCN Χειρ/κής R -7



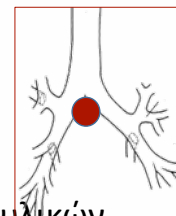
- Χειρουργημένοι ασθενείς τελικού σταδίου **II** ή **μείζονος** πρέπει να παραπέμπονται για **ογκολογική** εκτίμηση
- Πρέπει να τίθεται υπό σκέψη παραπομπή σε **Ακτινοθεραπευτή** των περιπτώσεων με στάδιο **IIIA**, στους οποίους τελέσθηκε εκτομή.
- **Διχογνωμία** ως προς τον ρόλο **Χειρ/κής R** σε ασθενείς με Νόσο **N2** τεκμηριωμένη ιστοπαθολογικώς.
- Νόσος **N2** πρέπει **να αναζητείται επίμονα** και να προσδιορίζεται με απεικονιστική και επεμβατική Σταδιοποίηση **PRIN** από την έναρξη οποιασδήποτε R, αφού τυχόν παρουσία Νόσου σε μεσαυλικούς ΛΝ επηρεάζει βαθύτατα την πρόγνωση και τις θεραπευτικές αποφάσεις

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

19

NCCN Χειρ/κής R -8



- Νόσος **N2**, που είχε **διαλάθει** προεγχειρητικής διάγνωσης και πρωτο-ανακαλύπτεται **κατά την διάρκεια χειρ/κής εκτομής**, επιβάλλει οπωσδήποτε Τυπική Συστηματική εκτομή των μεσαυλικών ΛΝ, χωρίς να αποτελεί αντένδειξη τέλεσης της προγραμματισμένης εκτομής πνευμ. παρεγχύματος.
- Η ίδια ως άνω περίπτωση σε ασθενείς χειρουργούμενους με **VATS** πρέπει να θέσει υπό σκέψη στον εγχειρητή το **ενδεχόμενο διακοπής της εγχείρησης** με σκοπό την χορήγηση εισαγωγικής R, αλλά είναι στην κρίση του και η δυνατότητα συνέχισης της επέμβασης.
- Ο καθορισμός του ρόλου χειρ/κής R σε ασθενή με ΛΝ-**N2** πρέπει να λαμβάνει χωρά **PRIN** από την έναρξη οποιασδήποτε R από Ογκολογικό **Συμβούλιο**.

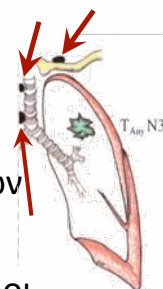
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

20

NCCN Χειρ/κής R -9

- Η παρουσία Νόσου **N2** αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα θετικών ΛΝ **N3**: Απαιτείται ιστοπαθολ. εκτίμηση του Μεσαυλίου, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπιδικών και των αντίστοιχων (contralateral) ΛΝ. Συμπληρωματικές της μεσαυλιοσκόπησης μέθοδοι αποτελούν οι EBUS ± EUS. Πρέπει **να είναι βεβαία η απουσία** διήθησης Αντίστοιχων μεσαυλικών ΛΝ **PRIN** να ληφθεί τελική απόφαση για R.
- Επειδή τυχόν **επαναληπτική μεσαυλιοσκόπηση** είναι τεχνικώς δυσχερής και με μικρότερη ακρίβεια, καλό είναι αυτή να διαφυλάσσεται για μελλοντική επανα-σταδιοποίηση μετά από neoadjuvant R, δηλ. αντ' αυτής **να προτιμάται EBUS ± EUS** κατά την **αρχική** Σταδιοποίηση



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

21

NCCN Χειρ/κής R -10

- Σε ασθενείς με **έναν** μοναδικό ΛΝ $\phi < 3$ cm μπορεί να τεθεί υπό σκέψη **“πολύτροπη”** R (multimodality R), που να περιλαμβάνει **και** χειρ/κή εκτομή.
- Είναι δυσχερής η ερμηνεία **Επανα-σταδιοποίησης μετά από εισαγωγική R**, ωστόσο πρέπει να διενεργηθεί **CT ± PET**, για αποκλεισμό Εξέλιξης της Νόσου ή ανάπτυξης μεταστατικής Νόσου στο μεσοδιάστημα.
- Έχουν καλύτερη πρόγνωση ασθενείς, στους οποίους με neoadjuvant R επιτυγχάνεται τελικά **αρν(-)** μεσαύλιο.



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

22

NCCN Χειρ/κής R -11



- **Neoadj. X-A/Θ** χρησιμοποιείται στο 50% των Ιδρυμάτων-Μελών του NCCN, ενώ στο υπόλοιπο 50% χρησιμοποιείται neoadj. **X/Θ**. Η συνολική επιβίωση φαίνεται **παρόμοια**, αν η Ακτ/Θ χορηγήθηκε μτχ/κά, αν δεν είχε προεγχ/κά. Η neoadj. X-**Ακτ**/Θ επιτυγχάνει **υψηλότερα** ποσοστά ιστοπαθ. Αρνητικοποίησης μεσαυλικών ΛΝ, αλλά με κόστος υψηλότερων ποσοστών οξείας τοξικότητας στο ασθενή και αυξημένης δαπάνης.
- Αν χρησιμοποιείται neoadjuvant Χημειοακτινοθεραπεία με δόσεις ελάσσονες της τυπικής οριστικής R (standard definitive R), πρέπει να ελαχιστοποιηθεί κάθε **διακοπή** της R για χειρ/κή εκτίμηση. **Διακοπές** της R > 1 εβδ. είναι απαράδεκτες.

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

23

NCCN Χειρ/κής R -12



- Αν τυχόν δεν διατίθεται έγκαιρη χειρ/κή εκτίμηση, **δεν** πρέπει να εφαρμόζεται neoadj. X-Ακτ/Θ. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις & με σύμφωνη γνώμη του ΘΡΧ/ργού, μπορεί ολοκληρωθεί οριστική (definitive) X-Ακτ/Θ πριν από επαν-εκτίμηση για εγχείρηση.
- Αν ένας χ/ργός ή κέντρο είναι αβέβαιος για το εφικτό ή ασφαλές επιχειρούμενης εκτομής μετά από μεγάλες δόσεις οριστικής Ακτ/Θ, να τεθεί υπό σκέψη παροχής γνώμης από εξειδικευμένο **κέντρο** με μεγάλο αριθμό εγχειρήσεων, στο οποίο μπορεί να τελεσθεί και κάλυψη κολοβωμάτων στο ακτινοβοληθέν πεδίο με κρημνούς ή μοσχεύματα.

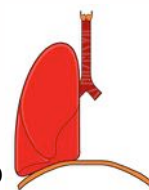


13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

24

NCCN Χειρ/κής R -13



- Δεδομένα μεγάλης πολυκεντρικής μελέτης δείχνουν ότι **μετά από neoadj. Χ-Ακτ/Θ η Πνευμονεκτομή έχει Απαράδεκτα Υψηλή Θνητότητα και Νοσηρότητα**. Δεν αποσαφηνίσθηκε αν τυχόν αυτό ισχύει ούτως ή άλλως & στις περιπτώσεις, που αντιμετωπίσθηκαν μόνον με neoadj. Χ-Ακτ/Θ (δηλ. που **δεν** χειρουργήθηκαν καν)
- Κάποιες ερευνητικές Ομάδες **αμφισβήτησαν** το ανωτέρω με εμπειρίες από ένα μόνον κέντρο κάθε φορά, που έδειχναν **ασφάλεια** της Πνευμονεκτομής μετά από εισαγωγική R.
- **Δεν** αποδείχθηκε βελτίωση της έκβασης από **προσθήκη Ακτ/Θ** στην εισαγωγική **Χ/Θ** σε περιπτώσεις ασθενών με χειρουργήσιμο στάδιο IIIA (N2).

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

25



European Journal of Cardio-thoracic Surgery 32 (2007) 1–8

EUROPEAN JOURNAL OF
CARDIO-THORACIC
SURGERY

www.elsevier.com/locate/ejcts

ESTS guidelines for preoperative lymph node staging for non-small cell lung cancer

Paul De Leyn^{a,*}, Didier Lardinois^b, Paul E. Van Schil^c, Ramon Rami-Porta^d,
Bernward Passlick^e, Marcin Zielinski^f, David A. Waller^g, Tony Lerut^a, Walter Weder^b

^a Department of Thoracic Surgery, University Hospitals Leuven, Belgium

^b Department of Thoracic Surgery, University Hospital of Zurich, Switzerland

^c Department of Thoracic Surgery, University Hospital of Antwerp, Belgium

^d Department of Thoracic Surgery, Hospital Mutua de Terassa, Spain

^e Department of Thoracic Surgery, Albert-Ludwigs-University Freiburg, Germany

^f Department of Thoracic Surgery, Pulmonary Hospital Zakopane, Poland

^g Department of Thoracic Surgery, Glenfield Hospital Leicester, United Kingdom

Received 12 November 2006; received in revised form 28 January 2007; accepted 29 January 2007; Available online 19 April 2007

Summary

Accurate preoperative staging and restaging of mediastinal lymph nodes in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) is of paramount importance. It will guide choices of treatment and determine prognosis and outcome. Over the last years, different techniques have become available. They vary in accuracy and procedure-related morbidity. The Council of the ESTS initiated a workshop on preoperative mediastinal lymph node staging. This resulted in guidelines for primary staging and restaging. For primary staging, mediastinoscopy remains the gold standard for the superior mediastinal lymph nodes. Invasive procedures can be omitted in patients with peripheral tumors and negative mediastinal positron emission tomography (PET) images. However, in case of central tumors, PET hilar N1 disease, low fluorodeoxyglucose uptake of the primary tumor and LNs ≥ 16 mm on CT scan, invasive staging remains indicated. PET positive mediastinal findings should always be cyto-histologically confirmed. Transbronchial needle aspiration (TBNA), ultrasound-guided bronchoscopy with fine needle aspiration (EBUS-FNA) and endoscopic esophageal ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) are new techniques that provide cyto-histological diagnosis and are

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

26



2010: 7^η έκδοχή Συστήματος Σταδιοποίησης NSCLC

CHEST

Special Feature

The New Lung Cancer Staging System

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

The International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) has conducted an extensive initiative to inform the revision of the lung cancer staging system. This involved development of an international database along with extensive analysis of a large population of patients and their prognoses. This article reviews the recommendations of the IASLC International Staging Committee for the definitions for the TNM descriptors and the stage grouping in the new non-small cell lung cancer staging system.
(*CHEST* 2009; 136:260–271)

Abbreviations: AJCC = American Joint Committee on Cancer; IASLC = International Association for the Study of Lung Cancer; NSCLC = non-small cell lung cancer; SEER = Surveillance, Epidemiology, and End Results; UICC = Union Internationale Contre le Cancer

01/1/2017: έναρξη εφαρμογής 8^{ης} έκδοχής Συστήματος Σταδιοποίησης, προταθείσας από IASLC

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

27

8^η αναθεώρηση Σταδιοποίησης TNM –1

- Στατιστική ανάλυση **επιπρόσθετων 94.708** περιπτώσεων (στην βάση δεδομ. της 7^{ης} Σταδιοποίησης TNM–εξ αυτών οι 77.156 μη–αποκλεισθείσες)
- Ήταν ανοικτή **για συζήτηση** με δημοσιευθείσες “προτάσεις”:
 - **T** descriptor: J Thorac Oncol 2015; 10: 990-1003
 - **N** descriptor: J Thorac Oncol 2015; 10: 1675-1684
 - **M** descriptor: J Thorac Oncol 2015; 10: 1515-1522
 - 17th World Conference on Lung Cancer, Vienna 4-7 Dec 2016
- **Ολοκληρώθηκε** υποβολή στην UICC
- Εφαρμογή **από 01.01.2017**

8^η αναθεώρηση Σταδιοποίησης TNM –2

- **T1(mi)**: Minimally invasive adenocarcinoma (μονήρες, λεπιδικού τύπου με $\varnothing \leq 3$ cm)
- **T1c**: Όγκος με μέγιστη $\varnothing$: $2\text{ cm} < \varnothing \leq 3\text{ cm}$
- **M1c**: Πολλαπλές εξωθωρακικές μεταστάσεις σε 1 ή περισσότερα όργανα (η “ ολιγομεταστατική ” νόσος παραμένει **M1b – stage IV_A**)
- **Stages :**
 - **IA1, IA2, IA3, IB**
 - **IIA, IIB**
 - **IIIA, IIIB, IIIC**
 - **IVA, IVB**

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

29

Συνοψίζοντας τις ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ :

- Νόσος της οποίας αποδείχθηκε με βεβαιότητα η **Απουσία Διασποράς** (είτε **Αιματογενούς** είτε απομεμακρυσμένης **Λεμφογενούς**) **και**
- Νόσος, που “**τοπικώς**” :
 - ή **εκτείνεται μέσα** στον πάσχοντα πνευμονικό Λοβό (ή πνεύμονα) μόνον
 - ή **επεκτείνεται** σε ανατομικώς γειτονικά όργανα, τα οποία εξαρχής εκτιμάται ότι εγχειρητικώς **δύνανται** με ασφάλεια να εκταμούν **ριζικά** προς επίτευξη **R0** - Τελείας / Πλήρους Εκτομής (όπως λ.χ. πλευρές κ.τ.ό.)
- **Επίτευξη** Απόλυτη αμφοτέρων των ως άνω χαρακτηριστικών σε Νόσο μετά από αντιμετώπισή της προγενέστερα με “εισαγωγική” (induction) ή “neoadjuvant” **R**.

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

30

“Ολιγο-” μεταστατική Νόσος :

- Υπάρχει **ήδη ένδειξη** χειρ/κής εκτομής NSCLC μετά από επιτυχή εξαίρεση μονήρους εγκεφαλικής β/παθούς εστίας
- Τάση** στην βιβλιογραφία να διευρυνθεί η ως άνω ένδειξη για μονήρη εστία σε επινεφρίδιο ή για σύνολο εστιών ≤ 2 .
- Όχι** απόλυτη Ομοφωνία: τα ως άνω εμπίπτουν στην θεώρηση της Διασποράς ως φαινομένου “**Όλον ἢ οὐδέν**” (κατ’ αντιστοιχία με το δυαδικό σύστημα Πληρ/κής “**0**” / “**1**” : ή $\exists$ ἢ $\nexists$ Διασπορά)
- Στο **Νέο** Σύστημα Σταδ/σης κατά TNM (2017) παρέμεινε η **ολιγο**μεταστατική νόσος ως **M1b** (δηλ. στάδ. **IV**), με προσθήκη **νέας** υποκατηγορίας: της **M1c** για > 1 β/παθείς εστίες

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

31

Μη εφαρμογή Ενδείξεων



ΨΩ≠:
“I-JA-TE” =
ι-η-τήρ
ιητήρ
ιατρός

- Δυνατότητα** κλινικών ιατρών να παρεκκλίνουν θεσμοθετημένων ενδείξεων αντιμετώπισης του NSCLC, συνήθως με συλλογικές αποφάσεις Συμβουλίων, υπέρ μιας “**εξατομικευμένης**” θεραπευτικής πρότασης (customized) για δεδομένη περίπτωση ασθενούς.
- Ανάγκη αυτή να ασκείται **λελογισμένα, με μέτρο** και επαρκώς **αιτιολογημένα**, ώστε να αποφευχθεί Σύγχυση μεταξύ
 - σύγχρονης άσκησης του λειτουργήματος και
 - ...προϊποκρατικών “**ιητήρων**”, που γνωμοδοτούσαν / ενεργούσαν *αυθαίρετα, υποκειμενικά*

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

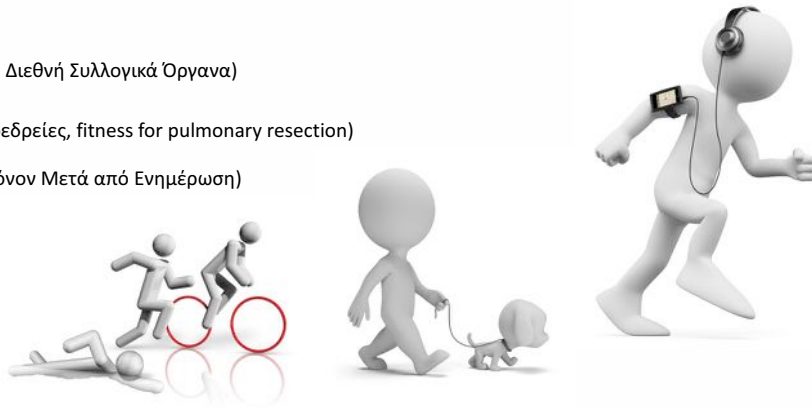
32

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -2

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)

➤ **Ευρωστία** (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)

- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing
- Εγχειρητικοί στόχοι
- Ιατρική Τεκμηρίωση



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

33

Eur Respir J 2009; 34: 17-41
DOI: 10.1183/09031936.00184308
Copyright©ERS Journals Ltd 2009

ERS/ESTS TASK FORCE

ERS/ESTS clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients (surgery and chemo-radiotherapy)

A. Brunelli*, A. Charloux*, C.T. Bolliger, G. Rocco, J-P. Sculier, G. Varela, M. Licker, M.K. Ferguson, C. Faivre-Finn, R.M. Huber, E.M. Clini, T. Win, D. De Ruysscher and L. Goldman on behalf of the European Respiratory Society and European Society of Thoracic Surgeons joint task force on fitness for radical therapy

ABSTRACT: A collaboration of multidisciplinary experts on the functional evaluation of lung cancer patients has been facilitated by the European Respiratory Society (ERS) and the European Society of Thoracic Surgery (ESTS), in order to draw up recommendations and provide clinicians with clear, up-to-date guidelines on fitness for surgery and chemo-radiotherapy.

The subject was divided into different topics, which were then assigned to at least two experts. The authors searched the literature according to their own strategies, with no central literature review being performed. The draft reports written by the experts on each topic were reviewed, discussed and voted on by the entire expert panel. The evidence supporting each recommendation was summarised, and graded as described by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. Clinical practice guidelines were generated and finalised in a functional algorithm for risk stratification of the lung resection candidates, emphasising

AFFILIATIONS
*ERS/ESTS task force co-chair. For author affiliation details, please refer to the Acknowledgements section.

CORRESPONDENCE
A. Brunelli
Division of Thoracic Surgery
Umberto I Regional Hospital
Ancona
Italy
E-mail: alexit_2000@yahoo.com
Received

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

34

Ευρωστία

ppoFEV₁ (**p**redicted **p**ost-**op** **F**orced **E**xpired **V**olume in **1** sec) =

$$= \text{preop FEV}_1 \times \frac{19 - (\text{No of Segments to be removed})}{19}$$

Ρίσκο Απαγορευτικό για κάποια εκτομή πνευμ. παραγχύματος, αν εκτιμάται:

- **ppoFEV₁ ≤ 35%** της προβλεπόμενης (για ηλικία, ύψος & βάρος ασθενούς) τιμής (ESTS recommendation)
- **ppoFEV₁ ≤ 1,2 Lit** (συχνά στην κλινική πρακτική)

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

35

Ευρωστία

Υπολογισμός της **ppoFEV₁** επί υπάρξεως τμημάτων με βρογχική απόφραξη ή **Ατελεκτασία** (ἐπὶ τῇ βάσει ευρημάτων ακτ/γικών ή βρογχοσκοπικών κλπ.) :

$$\text{ppoFEV}_1 = \frac{\text{FEV}_1}{T} \times R$$

Όπου:

T: συνολικός αριθμός λειτουργικών τμημάτων (= 19 – ατελεκτασικά ή αποφραγμένα τμήματα προεγχ/κά)

R: αριθμός λειτουργικών τμημάτων, που απομένουν μτχ/κά

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

36

Ευρωστία

Άλλος τρόπος υπολογισμός της **ppoFEV₁** επί υπάρξεως τμημάτων με βρογχική απόφραξη ή **Ατελεκτασία**:

$$ppoFEV_1 = FEV_1 \times (1 - \frac{a}{b})$$

Όπου:

a: αριθμός λειτουργικών τμημάτων (μη ατελεκτασικών), που πρόκειται να εκταμούν

b: συνολικός αριθμός λειτουργικών τμημάτων (μη ατελεκτ.) προεγχ/κά

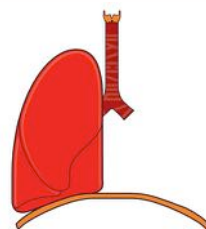
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

37

Ευρωστία

Ειδικά για **Πνευμονεκτομή**, μπορεί να υπολογισθεί, αν είναι γνωστό το % ποσοστό αιμάτωσης (ή αερισμού) του προς εκτομην πνεύμονα με τέλεση **Ποσοτικού σπινθηρ/τος**:



$$ppoFEV_1 = FEV_1 \times (1 - \text{κλάσμα αιμάτωσης του προς εκτομήν πνεύμονα})$$

Η **ppoFEV₁** **υποεκτιμάει** ίσως την απώλεια λειτουργικότητας, παρά το ευεργετικό “φαινόμενο μείωσης όγκου πνεύμονα” (lung volume reduction effect)

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

38

Ευρωστία

- Λιγότερο συχνή στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική είναι η διάχυση ή **DL_{CO}**. Ωστόσο αυτή **πρέπει** να εκτιμάται σε άπαντες τους προεγγ/κούς ασθενείς (οδηγία ESTS).
- Μπορεί να υπολογισθεί η εκτιμώμενη μτχ/κή τιμή της με βάση τους προαναφερθέντες τύπους:

$$proDL_{CO} = DL_{CO} \times \left(1 - \frac{a}{b}\right)$$

- Ρίσκο Απαγορευτικό για κάποια εκτομή πνευμ. παραγχύματος, αν εκτιμάτ **proDL_{CO} < 35%** (30% – 40%)

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

39

Ευρωστία

Μέγ. κατανάλωση O₂, δηλ. εργοσπιρομετρικώς μετρηθείσα **V_{O₂peak}**

Υπολογίζεται η εκτιμώμενη μτχ/κά τιμή της παρομοίως:

$$proV_{O_{2peak}} = V_{O_{2peak}} \times \left(1 - \frac{a}{b}\right)$$

Ρίσκο Απαγορευτικό για Οποιαδήποτε εκτομή πνευμ. παραγχύματος, αν **V_{O₂peak} < 35% ή 40% ή αν < 10 mL × kg⁻¹ × min⁻¹**

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016–17

40

Ευρωστία

- ▶ Επιτρέπεται ακόμη και Πνευμονεκτομή, αν $V_{O_{2peak}} > 75\%$
ή $> 20 \text{ mL} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$
- ▶ Κίνδυνος Επιπλοκών μτχ/κών, αν εκτιμάτ $V_{O_{2peak}} < 65\%$
ή $< 16 \text{ mL} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$
- ▶ Όλοι οι θάνατοι μετά από εκτομή πν. παρεγχ. παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με $V_{O_{2peak}} < 20 \text{ mL} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

41

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -3

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)
- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- **Συγκατάθεση** (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing
- Εγχειρητικοί στόχοι
- Ιατρική Τεκμηρίωση



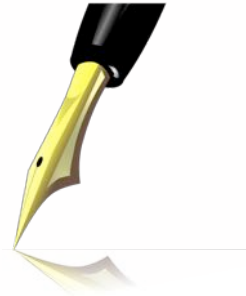
13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

42

Συγκατάθεση Έγκυρη :

- Κατόπιν **Ενημέρωσης** Αληθούς, ειλικρινούς, πλήρους ως προς την Διάγνωση **Καρκίνου**, Κινδύνους / Οφέλη προτεινόμενης Αντιμετώπισης κλπ.
- **Πλάνη** ασθενούς
- **Εξαπάτηση** ασθενούς
- **Απειλή** – άσκηση **βίας** (λ.χ. “ Ψυχολογικής ” ή “ Χρονικής ”) στον ασθενή



N. 3418 / 2005 (ΦΕΚ Α' 287/05), άρθρα 11 §1 & 12 §2.γ'

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -4

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)
- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)

➤ Timing

- Εγχειρητικοί στόχοι
- Ιατρική Τεκμηρίωση



De facto Ελλ. Χρόνοι Διερεύν., Διάγν., Σταδ.

- Σύμπτωμα / τυχαίο εργαστ. Εύρημα
- Ραντεβού α/βάθμια βαθμίδα
- Εξέταση α/βάθμιας βαθμίδας ➡ ακτ/γικός έλεγχος
- Ραντεβού για ακτ/γικό έλεγχο
- Τέλεση απεικονίσεων ➡ Υποψία Κακοήθειας
- Ραντεβού για εξέταση από Ειδικό γιατρό
- Κλ. εξέταση από ειδικό ➡ βρογχοσκόπηση ή FNA, EBUS/EUS κλπ
- Ραντεβού για βρ/σκ κ.τ.ό.
- Τέλεση βρ/σκ
- Αναμονή ιστοπαθολογ. Πορίσματος μετά από Βχ
- Ραντεβού για Εξετάσεις Σταδιοποίησης

½ - ½ μὲν

1 - 1½ μὲν

2 μὲν

1 μὲν

1 μὲν

5 - 6 μὲν

13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

45

Timing Ορθού Προγρ/σμού Χειρ/κής R

- Ανάγκη ουσιαστική & νομική για Κάποια “**εύλογη**” πολυτέλεια **χρόνου** στον ασθενή, για:
 - Λήψη ενδεχομένως 2^{ης} γνώμης
 - Απόφαση ή άρνηση Συγκατάθεσης
- **Ακυρότητα** Συγκατάθεσης εξαναγκασθείσας υπό ψυχολογική βία ή απειλή (λ.χ. “**αύριο το πρωί**”).
- Στο βρετανικό NHS: μέσα σε 1½ μήνα από ημερ/νία 1^{ης} εξέτασης από τον ΘΡΧ/ργό, στον οποίον παραπέμφθηκε ασθενής
- Συζήτηση ευκταίου διαστήματος **1 – 4 εβδ.**



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

46

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -5

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)
- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing

➤ Εγχειρητικοί στόχοι

- Ιατρική Τεκμηρίωση



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

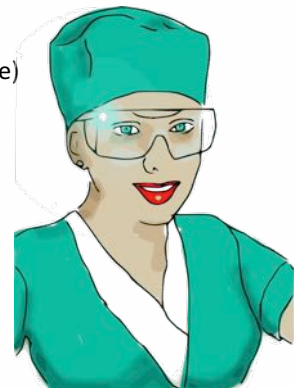
47

Εγχειρητικοί Στόχοι

- **RO** εκτομή με θυσία όσο το δυνατόν λιγότερου πνευμονικού παρεγχύματος:

- [Δι-] Λοβεκτομή ή “λοβεκτομή δίκην περιχειρίδος” (sleeve)
- Πνευμονεκτομή
- Ελάχιστονες εκτομές, σπάνια

- Διερεύνηση Μεσαυλίου & Εκτομή **AN** — **N** status



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

48



ELSEVIER

European Journal of Cardio-thoracic Surgery 30 (2006) 787–792

Invited paper

ESTS guidelines for intraoperative lymph node staging in non-small cell lung cancer[☆]

Didier Lardinois^a, Paul De Leyn^b, Paul Van Schil^c, Ramon Rami Porta^d, David Waller^e, Bernward Passlick^f, Marcin Zielinski^g, Klaus Junker^h, Erino Angelo Rendinaⁱ, Hans-Beat Ris^j, Joachim Hasse^k, Frank Detterbeck^l, Toni Lerut^b, Walter Weder^{a,*}

^aDepartment of Thoracic Surgery, University Hospital, Zurich, Switzerland
^bDepartment of Thoracic Surgery, University Hospital, Leuven, Belgium
^cDepartment of Thoracic and Vascular Surgery, University Hospital, Antwerp, Belgium
^dDivision of Thoracic Surgery Hospital, Mutua de Terrassa, Spain
^eDepartment of Thoracic Surgery, University Hospitals Leicester NHS Trust, Glenfield Hospital, Leicester, United Kingdom
^fDepartment of Thoracic Surgery, University Hospital, Freiburg, Germany
^gDepartment of Thoracic Surgery, Pulmonary Hospital, Zakopane, Poland
^hDepartment of Pathology, University Hospital, Bochum, Germany
ⁱDivision of Thoracic Surgery, University Hospital La Sapienza, Roma, Italy
^jDivision of Thoracic and Vascular Surgery, University Hospital, Lausanne, Switzerland
^kDepartment of Thoracic Surgery, University Hospital, Freiburg, Germany
^lDivision of Cardiothoracic Surgery, University of North Carolina, Chapel Hill, USA

Available online 12 September 2006

13 Summary

49

Χειρουργική Αντιμετώπιση του NSCLC -6 :

- Ενδείξεις (ομόφωνες από Διεθνή Συλλογικά Όργανα)
- Ευρωστία (εφεδρείες, fitness for pulmonary resection)
- Συγκατάθεση (έγκυρη μόνον Μετά από Ενημέρωση)
- Timing
- Εγχειρητικοί στόχοι

➤ Ιατρική Τεκμηρίωση



Ιατρική Τεκμηρίωση

- *Scripta manent*
- c TNM, p TNM, Αποφάσεις Ογκολ. Συμβουλίων
- Ιαματική πρόθεση (curative intent) ή Όχι (& Γιατί)
- Πρακτικό Χειρουργείου ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ & Εξατομικευμένο:
- « Ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο και τελείται τυπική μέση λοβεκτομή »
- Σαφής & συγκεκριμένη χειρ/κή πρόταση για **adjuvant** R ή απλώς Παρακολούθηση (Follow-Up)



13/01/2017

2ο Διακλ. Μετεκπ Μάθημα Καρδιοθωρακοχ/κής ΑΠΘ 2016-17

51

