ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΧΗΜΙΚΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Ογκολογία
«από την Ογκογένεση έως τη Θεραπεία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΟΟΡΘΙΚΟΥ ΚΑΚΡΙΝΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΛΑΣΙΘΙΩΤΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
Α.Μ. 1140002
ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2022

UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF BIOCHEMISTRY AND BIOTECHNOLOGY

INTERISTITUTIONAL PROGRAM OF POSTGRADUATE STUDIES IN ONCOLOGY

NATIONAL HELLENIC RESEARCH FOUNDATION
INSTITUTE OF CHEMICAL BIOLOGY

Ογκολογία
ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΓΚΟΓΕΝΕΣΗ ΕΩΣ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

MASTER THESIS

EVALUATION OF THE COMPLIANCE TO THE INTERNATIONAL QUIDELINES ON THE TREATMENT OF COLORECTAL CANCER

SUPERVISOR: LASITHIOTAKIS KONSTANTINOS

KRITSOTAKIS EMMANOUIL
HERAKLION CREETE, 2022

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος ειδίκευσης που απονέμει το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με το ινστιτούτο Χημικής Βιολογίας του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών.

Εγκρίθηκε από τη κάτωθι τριμελή εξεταστική επιτροπή:

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	**ΒΑΘΜΙΔΑ**
Λασιθιωτάκης Κωνσταντίνος	επίκουρος καθηγητής Χειρουργικής
Ζώρας Οδυσσέας-Ιωάννης	καθηγητής Χειρουργικής
Ρωμανός Ιωάννης	καθηγητής Χειρουργικής

Πίνακας Περιεχόμενων

1. Εισαγωγή ...7
   1.1. Οργανισμοί ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών...7
   1.2. Ευρωπαϊκός οργανισμός καταγραφής και ελέγχου ...8
   1.3. Εξειδικευμένο κέντρο κολοορθικού καρκίνου...9
   1.4. Ιατρικές ειδικότητες που στελεχώνουν το ογκολογικό συμβούλιο...12

2. Κύριο μέρος εργασίας...15
   2.1. Αρχική εκτίμηση και σταδιοποίηση ασθενούς...15
   2.2. Χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου...16
   2.3. Εύρος λεμφαδενεκτομής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου...19
   2.4. Χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο ορθού...19
   2.5. Εύρος λεμφαδενεκτομής στους ασθενείς με καρκίνο ορθού...22
   2.6. Συστηματική θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου...24
   2.7. Συστηματική θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο ορθού ...25

3. Συμπεράσματα...27

4. Βιβλιογραφία...30

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κολοορθικός καρκίνος είναι η τρίτη σε συχνότητα κακοήθεια τόσο στο ανδρικό όσο και στο γυναικείο φύλο. Ο μέσος όρος ηλικίας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και ολοένα περισσότεροι άνθρωποι προσβάλλονται από κολοορθικό καρκίνο. Στη σύγχρονη Ιατρική υπάρχει μια συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος του ασθενούς. Παρατηρήθηκε σε αρκετά κράτη μια πρώτη προσπάθεια καταγραφής του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο, έχοντας ως απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Εν συνεχεία υπό την αιγίδα του ευρωπαϊκού οργανισμού για τον καρκίνο καθιερώθηκε ένα κοινό μητρώο καταγραφής και αξιολόγησης των ασθενών. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός πρότεινε ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας εξειδικευμένων κέντρων για την αντιμετώπιση του κολοορθικού καρκίνου. Κάθε εξειδικευμένο κέντρο οφείλει να πληροί τις βασικές προδιαγραφές ποιότητας που ορίζονται. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημος φορέας καταγραφής των ογκολογικών περιστατικών. Ο στόχος της εργασίας είναι να μελετήσει τους τελευταίους 100 ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Αξιολογήθηκε η αντιμετώπιση των ασθενών σε επίπεδο χειρουργικής θεραπείας και σε επίπεδο χορήγησης συστηματικής θεραπείας και εκτιμήθηκε η εφαρμογή των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών. Όσον αφορά το χειρουργείο παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά για τις R0 εκτομές και τις ογκολογικά αποδεκτές λεμφαδενεκτομές, με ποσοστά 97% και 87% αντίστοιχα. Τα ευρύτερα ελεύθερα όρια που απαιτούνται, παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 73%, με τις κυριότερες ελλείψεις να παρατηρούνται στο μήκος του τελικού ειλεού των δεξιών κολεκτομών και στο περιφερικό όριο των σιγμοειδεκτομών. Όλοι οι ασθενείς συζητήθηκαν μετεγχειρητικά στο ογκολογικό συμβούλιο (100%) και η θεραπευτική απόφαση για τη λήψη επικουρικής θεραπείας ήταν βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών. Εν αντιθέσει η προεγχειρητική συζήτηση στο ογκολογικό συμβούλιο παρατηρήθηκε μόνο σε 15 ασθενείς (15%). Η προεγχειρητική συζήτηση των περιστατικών στο ογκολογικό συμβούλιο και η επίτευξη ευρύτερων ορίων είναι δύο πεδία που χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:

Κολοορθικός καρκίνος, διασφάλιση ποιότητας, διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

ABSTRACT

Colorectal cancer is the third most frequent malignancy in males and females. The average age of the population has been significantly increased over the last years and even more people are affected by colorectal cancer. In recent medicine there is a continuous effort to improve the quality of the services, for the benefit of the patient. It has been observed in many countries an initial effort to register the manner that the patients with colorectal cancer are treated, aiming to improve the quality of the services. Thereafter under the guidance of the European Cancer Organisation (ECCO) a common registration and evaluation of the patients has been established. The European Cancer Organisation suggested a specific way of organization and function of highly expertise medical centers for colorectal cancer treatment. Each medical center must follow the Essential Requirements for Quality Cancer Care (ERQCC) that are prescribed. In Greece there is not established a nationwide register of cancer patients. The aim of the master thesis is to evaluate the last hundred patients with colorectal cancer that have been treated in the department of Surgical Oncology of the University General Hospital of Heraklion. It has been evaluated the surgical treatment of the patients and the systematic therapy applied and mostly the compliance to the international guidelines on the treatment of colorectal cancer. Concerning the surgical treatment we observed high rates of R0 resections and oncological accepted lymphadenectomy, with 97% and 87% respectively. The wide surgical margins that are required has been observed in 73%. The major deficiencies have been reported at the length of terminal ileum resected in right colectomies and the distal part of the sigmoidectomies. All the patients have been discussed by the multidisciplinary team postoperatively (100%) and the adjuvant therapy applied was according to the international guidelines of colorectal cancer treatment. In contrast only 15 patients have been discussed by the multidisciplinary team preoperatively. There is a margin of improvement in the wide resection margins and in the preoperative discussion of the patients by the multidisciplinary team.

KEY WORDS:

Colorectal cancer, quality assurance, international guidelines.

ΣΚΟΠΟΣ

Στόχος της εργασίας είναι να μελετήσει τους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στη κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου το τελευταίο διάστημα. Θα μελετηθούν ποιοτικοί δείκτες χειρουργικής θεραπείας κολοορθικού καρκίνου βάσει της τρέχουσας βιβλιογραφίας. Επιπλέον θα αξιολογηθεί η συχνότητα συζήτησης των ασθενών στο ογκολογικό συμβούλιο και η συμμόρφωση των θεραπειών με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Σε αυτό το πλαίσιο αναζητήθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία, πως η ιατρική κοινότητα αντιμετωπίζει το θέμα της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών στον ασθενή με κολοορθικό καρκίνο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον δόθηκε στις πρώτες προσπάθειες που αναπτύχθηκαν σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, για να καταγραφεί η αντιμετώπιση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο. Τέλος παρατίθενται οι οδηγίες στον τρόπο οργάνωσης μιας εξειδικευμένης μονάδας αντιμετώπισης κολοορθικού καρκίνου.

1. Εισαγωγή

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μεγίστης σημασίας στη σύγχρονη ιατρική και ιδιαίτερα στη θεραπεία του καρκίνου. Υπάρχουν παγκοσμίως πολλές λίστες κατάταξης για ιατρούς και μονάδες υγείας, ως προς τη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Δυστυχώς δε βασίζονται πάντα στα κατάλληλα κριτήρια, ώστε να κρίνουν επαρκώς τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και μπορούν να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα. Είναι εύλογη η προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στο χώρο της υγείας, καθώς παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών, νοσοκομείων και ιατρών. Η πενταετής επιβίωση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο παρουσιάζει σημαντικές διαφορές εντός των ευρωπαϊκών χωρών, από 32% έως 64%. Στα περισσότερα δυτικά συστήματα γίνεται προσπάθεια να κατευθύνονται οι ασθενείς σε ιδρύματα και ιατρούς, που αντιμετωπίζουν μεγάλο αριθμό περιστατικών ετησίως (W. van Gijn et al., 2010). Έχει αποδειχθεί από την ευρωπαϊκή εταιρία Χειρουργικής Ογκολογίας η άμεση συσχέτιση μεταξύ όγκου περιστατικών και θετικών αποτελεσμάτων στη θεραπεία του κολοορθικού καρκίνου. Οι χειρουργοί και τα νοσηλευτικά ιδρύματα βελτιώνουν τη τεχνική τους ανατρέχοντας στα στατιστικά των αποτελεσμάτων τους και συγκρίνοντας τα με αντίστοιχα άλλων ιδρυμάτων. Η εξασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της Χειρουργικής Ογκολογίας αναζητείται όλο και περισσότερο, ενώ στον χώρο των επικουρικών θεραπειών είναι μια ακόμα παλαιότερη έννοια. Η εφαρμογή των νέων γνώσεων, η εκπαίδευση και η εξειδίκευση είναι υποχρεωτικές για τον σύγχρονο χειρουργό. Ο έλεγχος σε επίπεδο αποτελεσμάτων στη θεραπεία του κολοορθικού καρκίνου και η συνεχής καταγραφή αδυναμιών και λαθών προσφέρει ένα χρήσιμο εργαλείο στην ιατρική κοινότητα, καθώς βελτιώνει τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (W. van Gijn et al., 2010).

1.1. Οργανισμοί ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών

Ο έλεγχος σε επίπεδο χειρουργικών πράξεων είναι ένα πολύ χρήσιμος στη διαδικασία ελέγχου της συνολικής ποιότητας της φροντίδας υγείας στον ογκολογικό ασθενή. Τα τελευταία 25 έτη έχουν ιδρυθεί ανά την Ευρώπη πολλοί οργανισμοί ελέγχου ιατρικών χειρουργικών πράξεων. Ο πρώτος και κυριότερος λόγος ίδρυσης αυτών των οργανισμών ήταν τα αρχικά πτωχά αποτελέσματα στην έκβαση των ασθενών με καρκίνο ορθού και οι σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών (W. van Gijn et al., 2010). Εν συνεχεία ο έλεγχος επεκτάθηκε και στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου. Το 1993 ιδρύθηκε στη Νορβηγία ο πρώτος φορέας ελέγχου (Norvegian Rectal Cancer Project) και οι θετικές συνέπειες φάνηκαν μερικά χρόνια αργότερα. Η εφαρμογή της προτεινόμενης ολικής εκτομής του μεσοορθού αυξήθηκε από 78% σε 92% και το ποσοστό της τοπικής υποτροπής μειώθηκε από 28% σε 7% (Wibe et al., 2002).

Ακολούθησε ένας αντίστοιχος οργανισμός στη Σουηδία το 1995 (Swedish Rectal Cancer Registry), όπου μέσω του ελέγχου παρατηρήθηκε αργότερα βελτίωση της συνολικής επιβίωσης, μείωση της τοπικής υποτροπής και θνητότητας μετεγχειρητικά (Birgisson et al., 2005). Ακολούθησε η Δανία (Danish Colorectal Cancer Database) όπου μετά από 5 χρόνια καταγραφής και ελέγχου σημειώθηκε αύξηση στης πενταετούς επιβίωσης τόσο στους άντρες (63% από 42%), όσο και στις γυναίκες (55% από 37%). Το παράδειγμα των σκανδιναβικών χωρών ακολουθήθηκε τα επόμενα χρόνια από πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Μεγάλη Βρετανία, Ουαλία και Ιρλανδία διατηρούν από κοινού οργανισμό ελέγχου (National Bowel Cancer Audit Programme), ο οποίος έχει καταγράψει βελτίωση της μετεγχειρητικής θνητότητας και της πενταετούς επιβίωσης τα τελευταία 15 χρόνια. Φορείς ελέγχου λειτουργούν πλέον σε Γερμανία, Ιταλία, Λιθουανία, Βέλγιο, Ισπανία και Ολλανδία έχοντας όλοι ως κοινό παρονομαστή τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στην αντιμετώπιση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο.

1.2. Ευρωπαϊκός οργανισμός καταγραφής και ελέγχου

Μέσω του ελέγχου των υπηρεσιών από τους οργανισμούς των διαφόρων χωρών παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας, αλλά διαπιστώνονται ακόμα σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως στη συνολική επιβίωση και στο ποσοστό υποτροπής. Κρίθηκε απολύτως αναγκαία η ίδρυση ενός πανευρωπαϊκού οργανισμού ελέγχου και καταγραφής, ώστε να βελτιωθεί συνολικά η ποιότητα των παροχών στον ασθενή με κολοορθικό καρκίνο και να εξομαλυνθούν οι διαφορές μεταξύ των χωρών. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός για τον καρκίνο (European CanCer Organization, ECCO) έχει θέσει σε εφαρμογή ένα διεθνές πρόγραμμα, που έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας μέσω της καταγραφής των παρεχόμενων υπηρεσιών (European Registration of Cancer Care, EURECCA) (A. J. Breugom et al., 2014). Οι χώρες που προαναφέρθηκαν συμμετέχουν πλέον μέσω των συστημάτων τους καταγραφής στον κοινό πανευρωπαϊκό φορέα. Ο κοινός φορέας συνεπικουρείται στο έργο του από τις ευρωπαϊκές εταιρίες: Χειρουργικής Ογκολογίας (ESSO), Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (ESTRO), Παθολογικής Ογκολογίας (ESMO) και θεραπείας καρκίνου (EORTC). Αναγνωρίζονται οι αδυναμίες κάθε συστήματος υγείας και προτείνονται κατευθυντήριες οδηγίες ως προς τον τρόπο λειτουργίας, με κύριο γνώμονα της βελτίωση της ποιότητας προς όφελος του ασθενούς.

Κάθε χώρα οφείλει να αναπτύξει έναν εθνικό οργανισμό καταγραφής και ελέγχου και επίσης να ακολουθεί τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες κατά την αντιμετώπιση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο. Στη χώρα μας δεν έχει ιδρυθεί επίσημος φορέας ή μητρώο

καταγραφής των ογκολογικών ασθενών. Η πρώτη προσπάθεια καταγραφής πρέπει να γίνει εντός κάθε νοσοκομείου, ώστε στο μέλλον να υπάρχει η δυνατότητα καταγραφής των δεδομένων σε εθνικό επίπεδο, υπό την αιγίδα ενός εθνικού φορέα. Το πρώτο κομμάτι της καταγραφής αφορά στην ποιότητα της αντιμετώπισης των ασθενών σε επίπεδο χειρουργικής και επικουρικής θεραπείας. Το δεύτερο κομμάτι αφορά στα ποσοστά υποτροπής της νόσου και της πενταετούς επιβίωσης. Τα δεδομένα συγκρίνονται με τα αντίστοιχα του ευρωπαϊκού οργανισμού και ο στόχος είναι να προσφερθούν στον ογκολογικό ασθενή οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες.

Ο κολοορθικός καρκίνος αποτελεί και συχνή και αυξανόμενης επίπτωσης κακοήθεια συνολικά στην Ευρώπη. Η γήρανση του πληθυσμού καθιστά όλο και πιο σύνθετη την αντιμετώπιση των περιστατικών που διαγιγνώσκονται σε κάθε στάδιο της νόσου. Ο αυξανόμενος αριθμός των ασθενών που έχει θεραπευτεί απαιτεί μετέπειτα εξειδικευμένη υποστήριξη και παρακολούθηση. Υψηλής ποιότητας αντιμετώπιση των ασθενών προσφέρεται μόνο σε εξειδικευμένες μονάδες και κέντρα, υπό τη συνεργασία των μελών διεπιστημονικών ομάδων. Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από υψηλά καταρτισμένους και εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που υποβάλλονται συνεχώς σε ελέγχους ποιότητας. Η δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων είναι ο στόχος για μια καθολικά υψηλού επιπέδου αντιμετώπιση και παρακολούθηση των ασθενών. Οργανισμοί υγείας ανά την Ευρώπη προτείνουν τις προδιαγραφές, που οφείλει να πληροί ένα εξειδικευμένο κέντρο κολοορθικού καρκίνου, εστιάζοντας κυρίως στην κατάρτιση διεπιστημονικών ομάδων και σε ένα ανθρωποκεντρικό τρόπο διάγνωσης, αντιμετώπισης και μετέπειτα παρακολούθησης των ασθενών. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός για τον καρκίνο (European CanCer Organization, ECCO) που εδράζει στο Βέλγιο, έχει καθορίσει τις βασικές προδιαγραφές ποιότητας (Essential Requirements For Quality Cancer Care, ERQCC) ενός εξειδικευμένου κέντρου κολοορθικού καρκίνου (B. Geerard et al., 2017). Αυτές οι προδιαγραφές υποδεικνύουν τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας στις μονάδες, που τελικά προσφέρει υψηλής ποιότητας παροχές υγείας. Το ιατρικό προσωπικό αντιμετωπίζει τους ασθενείς ακολουθώντας τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες επικαιροποιούνται συνεχώς.

1.3. Εξειδικευμένο κέντρο κολοορθικού καρκίνου

Οι προδιαγραφές ποιότητας ενός εξειδικευμένου κέντρου (Essential Requirements For Quality Cancer Care, ERQCC) αποτελούνται από λίστες ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών και προτείνουν μια συγκεκριμένη οργάνωση λειτουργίας στην αντιμετώπιση ασθενών με συγκεκριμένο είδος κακοήθειας (B. Geerard et al., 2017). Έχει αποδειχθεί ότι όταν

τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ακολουθούν αυτές τις προδιαγραφές, οι παρεχόμενες υπηρεσίες στον ασθενή είναι υψηλού επιπέδου. Οι παροχές υψηλού επιπέδου βελτιώνουν τη συνολική πρόγνωση του ασθενούς και την ικανοποίηση του από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Δίνεται πλέον μεγάλη έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς παρατηρείται ακόμα ελλιπής οργάνωση και δυσκολία πρόσβασης στα συστήματα υγείας. Το αμερικάνικο ινστιτούτο υγείας (IOM) ανέφερε για πρώτη φορά το 2013 τη παρουσία κρίσης σε επίπεδο παροχών υγείας στους ογκολογικούς ασθενείς (Levit et al., 2013). Με την αύξηση του μέσου όρου ζωής αυξάνεται ολοένα ο αριθμός των ανθρώπων που προσβάλλονται από κακοήθειες, αλλά και ο αριθμός των ανθρώπων που έχουν θεραπευτεί από μια κακοήθεια και εν συνεχεία μένουν υπό παρακολούθηση. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ασθενών σε συνδυασμό με το αυξανόμενο κόστος και τη πολυπλοκότητα των θεραπειών επηρεάζει αρνητικά τη ποιότητα των παροχών. Μια ακόμα παρατήρηση του IOM ήταν ότι οι διαθέσιμοι δείκτες αξιολόγησης και καταγραφής ποιότητας υπηρεσιών δεν εφαρμόζονταν στη καθημερινή πρακτική. Η αξιολόγηση της ποιότητας στη θεραπεία του καρκίνου από πλευράς της ευρωπαϊκής δράσης κατά του καρκίνου (European Partnership for Action Against Cancer, EPAAC) ανέδειξε σημαντικές διαφορές στις υπηρεσίες μεταξύ των χωρών, αλλά και μεταξύ κέντρων εντός της ίδιας χώρας. Διαφορές στον χρόνο αναμονής και αντιμετώπισης, στο θεραπευτικό πλάνο που επιλέγεται, καθώς και στη συνολική οργάνωση του συστήματος υγείας επιφέρουν σημαντικές διαφορές σε επίπεδο επιβίωσης και πρόγνωσης των ασθενών. Δεδομένης της διαφοράς ποιότητας υπηρεσιών ανάμεσα σε κέντρα και μονάδες υγείας η ευρωπαϊκή δράση στον έλεγχο του καρκίνου (CANCON) έκρινε απαραίτητη τη δημοσίευση το 2017 ενός οδηγού για τη βελτίωση της ποιότητας (European guide on quality improvement in comprehensive cancer). Το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας οφείλει πλέον να οργανώνει εξειδικευμένα κέντρα για την αντιμετώπιση συγκεκριμένου είδους κακοήθειας. Τα κέντρα στελεχώνονται από καταρτισμένο προσωπικό, το οποίο συνθέτει τη διεπιστημονική ομάδα και ακολουθεί τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Η πενταετής επιβίωση των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο ανέρχεται σε 57% για τον καρκίνο του κόλου και σε 56% για τον καρκίνο του ορθού. Η πενταετής επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο και εμφανίζει σημαντική διαφορά, από 90% για τον πρώιμο καρκίνο έως 10% για τον μεταστατικό καρκίνο. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν το οικογενειακό ιστορικό, η παρουσία πολυπόδων, η μεγάλη ηλικία, ένας συγκεκριμένος τρόπος ζωής και οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί αντιμετωπίζοντας τη παχυσαρκία, αποφεύγοντας το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα. Όλα τα παραπάνω συνθέτουν έναν υγιέστερο τρόπο ζωής, που σχετίζεται σπανιότερα με την ανάπτυξη κολοορθικού καρκίνου. Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας είναι μεγάλης σημασίας η προβολή ενός υγιέστερου τρόπου ζωής και οι

προσυμπτωματικοί έλεγχοι. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός κατά του καρκίνου υπογραμμίζει τη σημασία του screening και την ενσωμάτωση του σε κάθε σύστημα υγείας. Μέσω της ενδοσκόπησης ανιχνεύονται πολύποδες οι οποίοι αφαιρούνται ή ακόμα και νεοεξεργασίες σε πρώιμο στάδιο. Δεδομένης της θετικής επίδρασης σε επίπεδο πρόγνωσης κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή προγραμμάτων screening του πληθυσμού.

Εντός Ευρώπης παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε επίπεδο πενταετούς επιβίωσης (Ferlay et al., 2013). Το Βέλγιο, η Γερμανία και η Ισλανδία βρίσκονται στη πρώτη θέση με 62% όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ η Λετονία βρίσκεται στην τελευταία θέση με 43%. Στον καρκίνο του ορθού στη πρώτη θέση βρίσκεται το Βέλγιο και η Ελβετία με 63%, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζει η Λετονία με 43%. Μέσω της εφαρμογής διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας γίνεται προσπάθεια να εξομαλυνθούν αυτές οι ανισότητες. Καθώς αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν μεταστατικό καρκίνο, η αντιμετώπιση τους είναι εξαιρετικά δύσκολη. Συνιστάται η απόφαση του τρόπου αντιμετώπισης να λαμβάνεται εντός του ογκολογικού συμβουλίου μιας διεπιστημονικής ομάδας. Άλλη μια σύνθετη ομάδα ασθενών αποτελείται από εκείνους που έχουν θεραπευτεί, αλλά αντιμετωπίζουν προβλήματα που έχουν προκληθεί από τις θεραπείες, όπως π.χ. η διαχείριση μιας στομίας, στυτική δυσλειτουργία και διαταραχές στην ούρηση. Οι παραπάνω ασθενείς αυξάνονται συνεχώς με τη πρόοδο των θεραπειών και απασχολούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Και σε αυτή τη περίπτωση είναι αναγκαία η διαχείριση των ασθενών από μια διεπιστημονική ομάδα για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Πρωταρχικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου από μια μονάδα υγείας διαδραματίζει η σωστή οργάνωση αυτής. Κατά την φροντίδα και αντιμετώπιση ενός ογκολογικού ασθενή πρέπει να τοποθετείται στο επίκεντρο της διαδικασίας ο ίδιος ο ασθενής. Η όλη διαδικασία εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενούς, στοχεύοντας στις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες. Με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων οι ιατροί της πρωτοβάθμιας υγείας είναι υπεύθυνοι για την άμεση παραπομπή των ασθενών στις εξειδικευμένες μονάδες. Στόχος είναι η γρήγορη περαιτέρω διερεύνηση του ασθενούς με ενδοσκόπηση και η διάγνωση ενός πιθανού κολοορθικού καρκίνου. Σε Αγγλία και Ουαλία ο μέγιστος επιτρεπτός χρόνος αναμονής μέχρι το πρώτο ραντεβού σε εξειδικευμένη μονάδα υγείας είναι οι δύο εβδομάδες (NICE Pathways). Στην Ολλανδία ο χρόνος μέχρι τη διερεύνηση μιας ύποπτης κακοήθειας είναι ακόμα μικρότερος και δε πρέπει να υπερβαίνει τη μία εβδομάδα. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός κατά του καρκίνου συστήνει ο χρόνος αναμονής μέχρι το πρώτο ραντεβού να μην υπερβαίνει τις 2 εβδομάδες (ERQCC). Εξίσου σημαντικός κρίνεται ο χρόνος από τη διάγνωση ενός κολοορθικού καρκίνου μέχρι την αντιμετώπιση. Η παράταση αυτού του διαστήματος φέρει αρνητική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς.

Συνολικά στην Ολλανδία είναι αποδεκτό ένα χρονικό διάστημα 3 εβδομάδων από το πρώτο ραντεβού μέχρι τη διάγνωση και σταδιοποίηση του ασθενούς και ένα διάστημα 6 εβδομάδων μέχρι και την έναρξη της αντιμετώπισης. Ανάλογα με το στάδιο του ασθενούς, εξαρχής ένας ιατρός της διεπιστημονικής ομάδας ηγείται της διαχείρισης του ασθενούς και είναι υπεύθυνος για αυτόν. Συνηθίζεται να είναι ο χειρουργός για τα περιστατικά μη εκτεταμένου καρκίνου και ο παθολόγος ογκολόγος για τα περιστατικά μεταστατικού καρκίνου. Μετά από την αντιμετώπιση οι ασθενείς πρέπει να παραμένουν υπό παρακολούθηση και να υποβάλλονται σε στενούς επανελέγχους, ώστε να ανιχνεύονται επιπλοκές και υποτροπές της νόσου. Το παραπάνω είναι εφικτό μόνο μέσω μιας πολύ καλά οργανωμένης μονάδας υγείας.

Είναι μείζονος σημασίας πλέον οι ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα υπό την αιγίδα πάντοτε μιας διεπιστημονικής ομάδας. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας απαρτίζουν και το ογκολογικό συμβούλιο, στο οποίο πρέπει να αναλύονται όλα τα περιστατικά. Ένας ελάχιστος αριθμός περιστατικών πρέπει να αντιμετωπίζεται ετησίως. Ο ευρωπαϊκός οργανισμός για τον καρκίνο προτείνει, ότι ένα εξειδικευμένο κέντρο κολοορθικού καρκίνου πρέπει να αντιμετωπίζει ετησίως πάνω από 100 περιστατικά. Σε αυτόν τον αριθμό περιλαμβάνονται ασθενείς σε όλα τα στάδια της νόσου, από τον πρώιμο έως τον μεταστατικό καρκίνο. Κάθε κέντρο οφείλει να εντάσσει όλους τους ασθενείς μετά το πέρας των θεραπειών σε ένα στενό πρόγραμμα παρακολούθησης.

1.4. Ιατρικές ειδικότητες που στελεχώνουν το ογκολογικό συμβούλιο

Το ογκολογικό συμβούλιο κάθε κέντρου συνεδριάζει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Ο στόχος του συμβουλίου είναι να αναλύει τα επιμέρους χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, όσο αφορά τη γενική του κατάσταση και το στάδιο της νόσου του. Με τη σύμφωνη γνώμη όλων των μελών προτείνεται η κατάλληλη θεραπεία βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, συμψηφίζοντας πάντα τη γενική κατάσταση του κάθε ασθενούς. Σε κάθε συμβούλιο οφείλουν να είναι παρούσες οι παρακάτω ειδικότητες: γαστρεντερολόγος, παθολογοανατόμος, ακτινολόγος, χειρουργός, παθολόγος ογκολόγος και ακτινοθεραπευτής. Οι ασθενείς παρουσιάζονται από τους θεράποντες στην διεπιστημονική ομάδα μετά από τη σταδιοποίηση τους και πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας. Μετά από το πέρας της κύριας θεραπείας που είναι η χειρουργική αντιμετώπιση, παρουσιάζονται εκ νέου για τη χορήγηση επικουρικής θεραπείας. Επί υποτροπής της νόσου είναι απαραίτητη η συζήτηση στο ογκολογικό συμβούλιο. Ασθενείς με πρώιμο καρκίνο παχέος εντέρου βάσει των απεικονίσεων δεν είναι απαραίτητο να συζητιούνται στο ογκολογικό συμβούλιο, καθώς απαιτείται η συνεργασία μόνο χειρουργού και γαστρεντερολόγου για την απόφαση της χειρουργικής

αντιμετώπισης.

Κάθε ιατρική ειδικότητα που συμμετέχει στις συνεδριάσεις του ογκολογικού συμβουλίου έχει συγκεκριμένο ρόλο και οφείλει να πληροί βασικές προδιαγραφές ποιότητας. Οι γαστρεντερολόγοι ενός εξειδικευμένου κέντρου είναι υπεύθυνοι των ενδοσκοπήσεων σε επίπεδο προληπτικού ελέγχου και σε επίπεδο διάγνωσης επί παρουσίας ύποπτων συμπτωμάτων για κολοορθικό καρκίνο. Αντιμετωπίζουν πολύποδες και πρώιμες βλάβες, αφαιρώντας τις ενδοσκοπικά. Εκτελούν παρηγορικές επεμβάσεις, όπως π.χ. τη τοποθέτηση ενδοπροθέσεων (stent), ενώ διαχειρίζονται τις τυχόν γαστρεντερικές παρενέργειες των θεραπειών. Οι γαστρεντερολόγοι πιστοποιούνται σε διαγνωστικό και επεμβατικό επίπεδο βάσει ενός ελάχιστου αριθμού πράξεων που οφείλουν να εκτελούν, ο οποίος ποικίλει από χώρα σε χώρα (Kaminski et al., 2014).

Οι παθολογοανατόμοι είναι υπεύθυνοι της ανάλυσης των βιοψιών των ενδοσκοπήσεων και των χειρουργικών παρασκευασμάτων. Οφείλουν να είναι συνεχώς ενημερωμένοι σε επίπεδο μοριακού ελέγχου των όγκων, καθώς προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την εξατομίκευση της θεραπείας του ασθενούς, προς όφελος της πρόγνωσης. Οφείλουν να είναι εξειδικευμένοι στην ανάλυση ενός παρασκευάσματος παχέος εντέρου και να εκθέτουν την ιστολογική τους ανάλυση δομημένα ή συνοπτικά βάσει διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών (Quirke et al., 2014).

Ο ακτινολόγος ενός εξειδικευμένου κέντρου κολοορθικού καρκίνου εμπλέκεται σε επίπεδο προληπτικού ελέγχου, σταδιοποίησης ασθενών πριν από την έναρξη της θεραπείας, αξιολόγησης της ανταπόκρισης της θεραπείας και παρακολούθησης μετά από το πέρας της. Ο ακτινολόγος οφείλει να είναι εξειδικευμένος πάνω στις απεικονιστικές μεθόδους του γαστρεντερικού συστήματος. Η υπολογιστική τομογραφία και η CT κολονογραφία είναι σημαντικές για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η συμβολή του ακτινολόγου είναι εξαιρετικής σημασίας στη διαχείριση του καρκίνου του ορθού. Μέσω του διορθικού υπερηχογραφήματος και της μαγνητικής τομογραφίας του ορθού προσφέρονται πληροφορίες στο ογκολογικό συμβούλιο, που είναι απολύτως απαραίτητες για τη λήψη της θεραπευτικής απόφασης. Εξίσου σημαντική είναι η ικανότητα του ακτινολόγου μέσω της απεικόνισης, να εκτιμά την απάντηση του όγκου στην νεοεπικουρική θεραπεία (Beats-Tan et al., 2013). Μέσω του υπερηχογραφήματος και της μαγνητικής τομογραφίας είναι δυνατή η μελέτη του ηπατικού παρεγχύματος για την ανάδειξη μεταστατικών εστιών, οι οποίες επηρεάζουν το θεραπευτικό μονοπάτι που ακολουθείται.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας του κολοορθικού καρκίνου είναι η χειρουργική

αντιμετώπιση. Έως και 80-90% των ασθενών υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, καθώς ακόμα και ασθενείς με τοπική υποτροπή ή και μεταστατικές εστίες ενδέχεται να χειρουργηθούν. Οι χειρουργοί που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς οφείλουν να έχουν εξειδίκευση πάνω στον κολοορθικό καρκίνο και σε κάθε κέντρο πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο εξειδικευμένοι χειρουργοί. Στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχει καθοριστεί ελάχιστος αριθμός επεμβάσεων που πρέπει να εκτελεί κάθε χειρουργός ετησίως. Μόνο στις ολλανδικές οδηγίες αναφέρεται ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός επεμβάσεων και ορίζεται σε 50 εκτομές παχέος εντέρου και σε 20 εκτομές ορθού (Van Leersum et al., 2014). Στις περιπτώσεις των μεταστασεκτομών ο αριθμός ανέρχεται σε 20. Υπηρεσίες υψηλής ποιότητας πρέπει να εξασφαλίζονται συνολικά εντός της χειρουργικής αίθουσας με εξειδικευμένο αναισθησιολογικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ πρέπει να υπάρχει υποστήριξη από πλευρά μονάδας εντατικής θεραπείας όταν χρειάζεται.

Στη συνολική διαχείριση των ασθενών έχουν σημαντικό ρόλο οι παθολόγοι ογκολόγοι. Η χορήγηση από πλευράς τους συστηματικής θεραπείας είναι επιτακτική στις περιπτώσεις τοπικά εκτεταμένης ή μεταστατικής νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ογκολόγος ηγείται της διαχείρισης του ασθενούς, αποφασίζοντας το είδος της συστηματικής θεραπείας που θα χορηγηθεί και τη διάρκεια της θεραπείας. Ο ογκολόγος είναι επίσης υπεύθυνος για την παρηγορική υποστήριξη των ασθενών και την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους. Ανατρέχοντας συνεχώς στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες οφείλουν να προτείνουν τη πιο αποτελεσματική θεραπεία σε συνάρτηση πάντα με τη γενική κατάσταση και επιθυμία του ασθενούς (Labianka et al., 2013).

Η ακτινοθεραπεία κατέχει πρωταρχική θέση στη νεοεπικουρική θεραπεία του καρκίνου του ορθού, ενώ σε επιλεγμένα περιστατικά μπορεί να χορηγηθεί μετεγχειρητικά, επί παρουσίας αρνητικών προγνωστικών δεικτών (Valentini et al., 2014). Σπανιότερα η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται για την παρηγορική αντιμετώπιση συμπτωμάτων σε προχωρημένη νόσο. Οι ακτινοθεραπευτές πρέπει να είναι εξειδικευμένοι στη διαχείριση των μηχανημάτων ως προς τον σχεδιασμό και τη στόχευση των οργάνων στόχων, ώστε η ακτινοθεραπεία να εφαρμόζεται αποτελεσματικά και με τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες. Επί εμφάνισης παρενεργειών γαστρεντερικής ή στυτικής δυσλειτουργίας ο ασθενής πρέπει να υποστηριχθεί από τον ακτινοθεραπευτή, ο οποίος είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος.

Με τη παρουσία στο ογκολογικό συμβούλιο των ιατρών όλων των ανωτέρω ειδικοτήτων, που είναι υψηλά καταρτισμένοι και εξειδικευμένοι, λαμβάνονται αποφάσεις για τη καθολική αντιμετώπιση κάθε ασθενούς, εξατομικεύοντας τη θεραπεία. Ο ασθενής τίθεται στο επίκεντρο της διαδικασίας και ενημερώνεται συνεχώς. Εξίσου σημαντική είναι η συνεχής ψυχολογική

υποστήριξη του ασθενούς από τους θεράποντες ιατρούς, ενώ ζητείται ακόμα και συμβολή ψυχο-ογκολόγου, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η ανάλυση των κλινικών αποτελεσμάτων και η καταγραφή τους σε μια βάση δεδομένων. Οι παράμετροι που ενδιαφέρουν περισσότερο είναι η πενταετής επιβίωση των ασθενών, το ποσοστό των ασθενών που συζητιέται στο ογκολογικό συμβούλιο προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, η έγκαιρη αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς και οι επιπλοκές που παρουσιάζονται. Αξιολογείται επίσης η άποψη και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίστηκαν από τους θεράποντες ιατρούς.

2. Κύριο μέρος της εργασίας

Ο στόχος της εργασίας είναι να μελετήσει τους ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Η μελέτη είναι αναδρομική και στηρίζεται στη μελέτη του ιατρικού φακέλου των ασθενών. Το δείγμα αποτέλεσαν οι τελευταίοι 100 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2017 έως τον Ιούλιο του 2021. Αναλυτικά χειρουργήθηκαν 12 ασθενείς με όγκο τυφλού, 12 με όγκο ανιόντος κόλου, 7 με όγκο ηπατικής καμπής-εγγύς εγκαρσίου, 7 με όγκο κατιόντος κόλου, 32 με όγκο σιγμοειδούς και 30 με όγκο ορθού. Το δείγμα αφορούσε σε 63 άνδρες και 37 γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 71,5 έτη. Κανένα από τα περιστατικά δε παρουσιάστηκε με μεταστατικό κολοορθικό καρκίνο. Αξιολογήθηκε η αντιμετώπιση των ασθενών όσον αφορά τη ποιότητα του χειρουργείου, ανατρέχοντας στις πληροφορίες της παθολογοανατομικής εξέτασης του χειρουργικού παρασκευάσματος. Εξετάστηκε επίσης η ορθότητα της επικουρικής θεραπείας που χορηγήθηκε προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά.

2.1. Αρχική εκτίμηση και σταδιοποίηση ασθενούς

Οι ασθενείς που παρουσιάζονται με διηθητικό καρκίνο παχέος εντέρου απαιτείται να έχουν σταδιοποιηθεί επαρκώς με μια σειρά από κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, όπως λήψη ιατρικού ιστορικού, ανασκόπηση παθολογοανατομικών εκθέσεων, κολονοσκόπηση όλου του μήκους του παχέος εντέρου, εξετάσεις αίματος, μέτρηση καρκινικών δεικτών καθώς επίσης και αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας (A. J. Senagore et al, 2007). Το 80% των ασθενών της μελέτης μας είχε προεγχειρητική σταδιοποίηση με αξονική θώρακος και κοιλίας. 20 ασθενείς δεν είχαν προεγχειρητική αξονική θώρακος, εκ των οποίων οι 10 παρουσίαζαν

σχεδόν πλήρη απόφραξη του αυλού κατά την κολονοσκόπηση και οδηγήθηκαν άμεσα στο χειρουργείο, ενώ η αξονική θώρακος πραγματοποιήθηκε μετεγχειρητικά. Οι άλλοι 10 θα μπορούσαν, καθώς είχαν τον χρόνο, να έχουν ολοκληρώσει τη σταδιοποίηση. Κατά τον σχεδιασμό της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου παχέος εντέρου η αναγνώριση της ακριβούς εντόπισης του όγκου, του σταδίου της νόσου και της γενικής κατάστασης του ασθενούς αποτελούν απαραίτητα στοιχεία. Διαθέσιμα συστήματα βαθμολόγησης αναλύουν τον αναισθησιολογικό κίνδυνο, όπως το ASA score (American Society of Anesthesia), αλλά και τους πρόσθετους κινδύνους από τη συνεκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς και τη διενέργεια της κολεκτομής. Η εντόπιση της πρωτοπαθούς βλάβης και η ιστολογική διάγνωση της βιοψίας καθοδηγούν την επιλογή της ογκολογικής επέμβασης, καθορίζοντας τα ιδανικά όρια εκτομής. Η εντόπιση του όγκου σε περιοχές περιορισμένης αιμάτωσης, όπως η ηπατική και η σπληνική καμπή οδηγεί σε αναγκαστικά περισσότερο εκτεταμένες εκτομές του παχέος εντέρου, ώστε να εξασφαλιστεί η επαρκής αιμάτωση της επικείμενης αναστόμωσης.

Η κολονοσκόπηση αποτελεί το καταλληλότερο μέσο διάγνωσης με τη λήψη βιοψιών, ενώ προσφέρει τη δυνατότητα σήμανσης της βλάβης με χρωστική, ώστε να διευκολύνει τη διεγχειρητική εντόπιση της βλάβης. Οφείλουμε να ελέγχουμε όλο το μήκος του παχέος εντέρου, ώστε να αποκλείεται η παρουσία σύγχρονων βλαβών. Στην παρούσα μελέτη εξαιρώντας τους ασθενείς με όγκους ανιόντος κόλου, 15 εκ των υπολοίπων (15/69, 21,7%) δε μπόρεσαν να υποβληθούν σε πλήρη κολονοσκόπηση, καθώς είχαν στενώσεις, που δεν ήταν διαβατές από το ενδοσκόπιο. Σε αυτές τις περιπτώσεις το κεντρικότερο τμήμα του παχέος εντέρου θα μπορούσε να είχε ελεγχθεί με CT κολονογραφία.

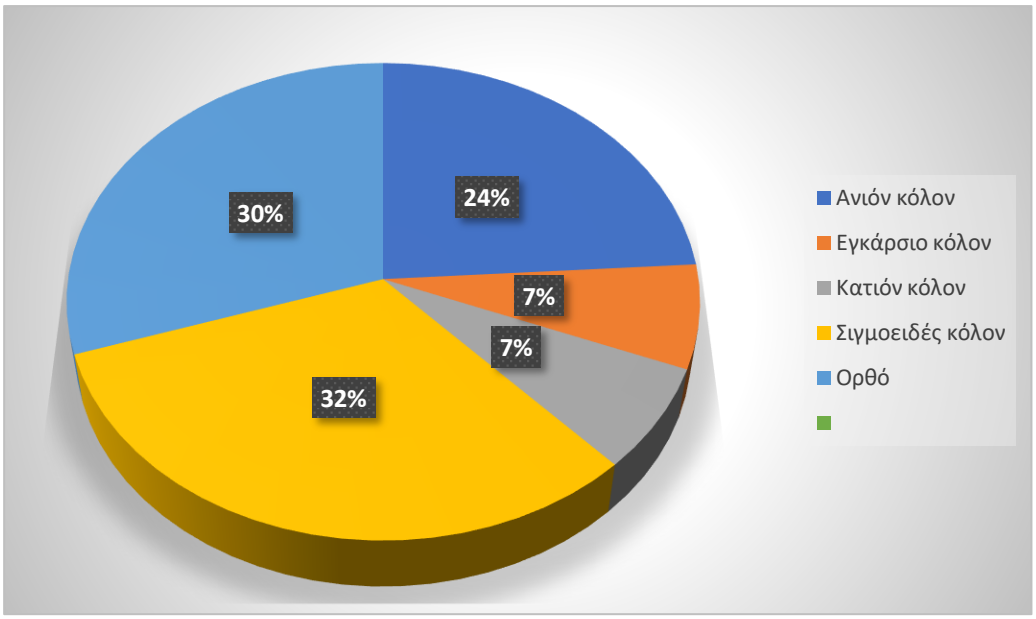
2.2 Χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου

Για τον εξαιρέσιμο καρκίνο του παχέος εντέρου χειρουργική επέμβαση εκλογής είναι η κολεκτομή με αφαίρεση των περιοχικών λεμφαδένων. Η έκταση της κολεκτομής καθορίζεται από την εντόπιση του όγκου και περιλαμβάνει την πάσχουσα περιοχή μαζί με το αντίστοιχο αγγειακό δίκτυο αυτής και τους λεμφαδένες που αυτό περιλαμβάνει. Το μήκος εκτομής του παχέος εντέρου πρέπει να αντιστοιχεί στη λεμφαγγειακή αποχέτευση του φέροντος τον όγκο τμήματος του παχέος εντέρου. Το καθοριστικό κριτήριο της ογκολογικά επαρκούς εκτομής του εντέρου είναι η εξαίρεση του τροφοδοτούντος αγγειακού μίσχου από την έκφυση του και του αντίστοιχου λεμφαδενικού ιστού (K. L. Mathis et al, 2014). Όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι σε ίση απόσταση ανάμεσα σε δύο τροφοδοτούντα αγγεία, τότε και τα δύο αγγεία πρέπει να απολινώνονται στην έκφυση τους. Έτσι οι όγκοι που εντοπίζονται σε ζώνες μετάβασης πρέπει να εκτέμνονται μαζί με τις γειτονικές λεμφαδενικές περιοχές προκειμένου να συμπεριληφθούν

και οι δύο πιθανές κατευθύνσεις λεμφαδενικής διασποράς. Η εκτομή θεωρείται ογκολογικά ανεπαρκής, όταν η αφαίρεση του όγκου με τα συνοδά αγγεία και λεμφαδένες του δεν είναι πλήρης. Παρόλο που υπάρχουν διαφωνίες στη βιβλιογραφία, πρέπει να αφαιρούνται τουλάχιστον 10 εκ. φυσιολογικού εντέρου κεντρικά και 5 εκ. περιφερικά του όγκου. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η αφαίρεση των επικολικών και παρακολικών λεμφαδένων, για να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες τοπικής υποτροπής. Το μήκος του τελικού ειλεού που εκτέμνεται δεν συσχετίζεται άμεσα με τη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, αλλά συνιστάται σε όγκους του τυφλού να είναι άνω των 10 εκ., ενώ για όγκους ανιόντος κόλου άνω των 6 εκ.. Γενικά δεν είναι δυνατό να εκτιμηθεί με ακρίβεια η ανεξάρτητη επίδραση των ορίων εκτομής στην επιβίωση και στις υποτροπές, επειδή το μήκος εκτομής και η έκταση της λεμφαδενεκτομής είναι δύο άρρηκτα συνδεδεμένες παράμετροι που βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση. Ασθενείς με πολλαπλές εστίες, με κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου και καρκίνο επί εδάφους ελκώδους κολίτιδας θεωρούνται υποψήφιοι για ολική κολεκτομή.

Εκτός από το στάδιο του όγκου, η ατελής χειρουργική εξαίρεση του επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση και τη θεραπεία. Η απουσία ή μη υπολειπόμενου όγκου μετά τη χειρουργική επέμβαση περιγράφεται με το γράμμα R και κατηγοριοποιείται ως εξής: R0 επί απουσίας υπολειπόμενης μακροσκοπικής νόσου και με ελεύθερα χειρουργικά όρια. R1 επί παρουσίας καρκινικών κυττάρων επί των χειρουργικών ορίων. R2 επί μακροσκοπικά εμφανούς νόσου που δεν έχει εξαιρεθεί. Τα περιφερικά όρια πρέπει να περιγράφονται και να είναι ελεύθερα νόσου, ώστε η εκτομή να θεωρείται θεραπευτική. Οι όγκοι σταδίου T4 αποτελούν μια σύνθετη ομάδα και πρέπει να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά, με χορήγηση συστηματικής θεραπείας προ του χειρουργείου. Ασθενείς που δεν έχουν ιστολογική επιβεβαίωση ελεύθερων περιφερικών ορίων και εκτομή R1/R2 θεωρούνται ότι έχουν ανεπαρκή θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ανεπαρκής εκτομή δεν αλλάζει το στάδιο κατά TNM, αλλά επηρεάζει αρνητικά τη πρόγνωση του ασθενούς.

Καρκίνοι παχέος εντέρου που διηθούν κατά συνέχεια ιστού παρακείμενα όργανα πρέπει να αφαιρούνται en block με τις παρακείμενες ανατομικές δομές. Σε αυτές τις περιπτώσεις αναφερόμαστε σε τοπικά προχωρημένους καρκίνους. Πολλές φορές είναι αδύνατον να επιτευχθεί διεγχειρητική διάκριση των κακοήθων από τις φλεγμονώδεις συμφύσεις. Λόγω του ότι το 40% των συμφύσεων του όγκου προς τα παρακείμενα όργανα περιέχουν κακοήθη κύτταρα, η en block εκτομή είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί ογκολογικά επαρκής εξαίρεση. Σε μια σειρά 121 ασθενών με διήθηση παρακείμενων οργάνων η πενταετής επιβίωση ήταν παρόμοια στις en block εκτομές, ανεξάρτητα από το αν οι συμφύσεις ήταν φλεγμονώδεις ή κακοήθεις (Lopez et al., 1993). Ακόμα και σε ασθενείς με περιοχικές λεμφαδενικές μεταστάσεις η en block εκτομή με τα διηθημένα από τον όγκο όργανα βελτιώνει την πρόγνωση.



Στη μελέτη μας 12 ασθενείς με όγκο τυφλού και 12 ασθενείς με όγκο ανιόντος υποβλήθηκαν σε δεξιά κολεκτομή, στους οποίους απολινώθηκε και ο δεξιός κλάδος της μέσης κολικής αρτηρίας. 7 ασθενείς με όγκο ηπατικής καμπής-εγγύς εγκαρσίου υποβλήθηκαν σε εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή με απολίνωση της μέσης κολικής αρτηρίας, ώστε να εξασφαλιστεί ικανό περιφερικό όριο. Αποτελούνταν από 18 άνδρες και 13 γυναίκες, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 75 έτη. Και οι 31 αυτοί ασθενείς παρουσίασαν όρια χειρουργικών παρασκευασμάτων ελεύθερα διήθησης (100%). Όσον αφορά τα ευρύτερα χειρουργικά όρια, που απαιτούνται βάσει των διεθνών οδηγιών, παρατηρήθηκε επάρκεια στους 21 από τους 31 ασθενείς (67,7%). Αυτό οφείλεται στο ότι 5 εκτομές για όγκο τυφλού δε παρουσίασαν μήκος εξαιρεθέντος τελικού ειλεού άνω των 10 εκ.. Τα άλλα 5 περιστατικά δεξιάς κολεκτομής δεν παρουσίασαν μήκος εξαιρεθέντος τελικού ειλεού άνω των 6 εκ..

Οι 7 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αριστερή κολεκτομή λόγω όγκου κατιόντος κόλου αποτελούταν από 3 άνδρες και 4 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 62 έτη. Όλοι παρουσίασαν χειρουργικά όρια παρασκευασμάτων ελεύθερα διήθησης. Όσον αφορά τα ευρύτερα χειρουργικά όρια και οι 7 ασθενείς παρουσίασαν 10 εκ. κεντρικού και 5 εκ. περιφερικού ελεύθερου ορίου (100%).

32 ασθενείς υποβλήθηκαν σε σιγμοειδεκτομή, 21 άνδρες και 11 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 70,7 έτη. 31 εξ αυτών παρουσίασαν ελεύθερα χειρουργικά όρια στα παρασκευάσματα (97%). Ένας ασθενής έφερε ουσιαστικά τον όγκο επί του περιφερικού χειρουργικού ορίου εκτομής. Σε επίπεδο ευρύτερων χειρουργικών ορίων παρουσιάστηκε επάρκεια στους 20 ασθενείς (63%). Το πρόβλημα εντοπίστηκε κυρίως στο περιφερικό

ευρύτερο όριο, που δεν ήταν άνω των 5 εκ. σε 10 ασθενείς (31,2%). Επιπλέον 2 ασθενείς δεν είχαν κεντρικό ευρύτερο όριο άνω των 10 εκ. (6,2%).

2.3 Εύρος λεμφαδενεκτομής στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Η εξαίρεση των σύστοιχων λεμφαδενικών ομάδων έχει ιδιαίτερη προγνωστική και θεραπευτική αξία. Η σωστή λεμφαδενεκτομή πρέπει να εκτείνεται έως την έκφυση του κυρίως τροφοδοτούντος αγγειακού κλάδου. Στις δυνητικά θεραπευτικές κολεκτομές η αφαίρεση των λεμφαδένων πρέπει να γίνεται en block με το τμήμα του παχέος εντέρου. Μελέτες σε ασθενείς σταδίου II/III έδειξαν ότι η ακρίβεια σταδιοποίησης συσχετίστηκε με τον αριθμό των εξαιρεθέντων λεμφαδένων. Αύξηση του αριθμού των εξετασθέντων λεμφαδένων συσχετίστηκε με αύξηση της επιβίωσης των ασθενών, τόσο με θετικούς, όσο και με αρνητικούς λεμφαδένες (D. Otchy et al., 2004). Επιβεβαιώνεται ότι η επιβίωση βελτιώνεται μετά από εξέταση περισσότερων των 12 λεμφαδένων. Αυτός είναι ο ελάχιστος αριθμός λεμφαδένων που πρέπει να αφαιρείται σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Ασθενείς χωρίς διηθημένους λεμφαδένες, αλλά με λιγότερους από 12 στο χειρουργικό παρασκεύασμα, είναι υποσταδιοποιημένοι και θεωρούνται ασθενείς υψηλού κινδύνου. Εάν κατά τη χειρουργική επέμβαση υπάρξει υποψία διηθημένων λεμφαδένων εκτός του πεδίου εκτομής, αυτοί πρέπει να αφαιρούνται. Εάν οι ύποπτοι λεμφαδένες είναι θετικοί και έχουν αφαιρεθεί μαζί με τους κορυφαίους λεμφαδένες, τότε η εκτομή θεωρείται πλήρης (R0). Εάν δεν έχουν αφαιρεθεί μαζί με τους κορυφαίους λεμφαδένες η εκτομή θεωρείται ατελής. Εάν τελικά δε συμπεριληφθούν στα όρια της λεμφαδενεκτομής και αφεθούν στο χειρουργικό πεδίο, τότε η εκτομή είναι ατελής (R2).

Οι 31 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε δεξιά ή εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή παρουσίασαν επαρκή ογκολογικά λεμφαδενεκτομή με άνω των 12 λεμφαδένων στα παρασκευάσματα (100%). Ο μέσος όρος των εξαιρεθέντων λεμφαδένων ήταν 33,6. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αριστερή κολεκτομή παρουσίασαν εξίσου επαρκή λεμφαδενεκτομή (100%) και ο μέσος όρος των εξαιρεθέντων λεμφαδένων ήταν 30,7. Το ποσοστό ήταν διαφορετικό στην περίπτωση των σιγμοειδεκτομών. 24 εκ των 32 ασθενών παρουσίασαν επαρκή λεμφαδενεκτομή (75%), καθώς 8 παρασκευάσματα είχαν κάτω των 12 λεμφαδένων.

2.4. Χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο ορθού.

Οι ασθενείς με καρκίνο ορθού εκτιμώνται προεγχειρητικά κατά τον ίδιο τρόπο με εκείνους

του παχέος εντέρου, ενώ επιπρόσθετα είναι απολύτως αναγκαίο να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία ορθού ή και διορθικό υπερηχογράφημα. Το ιστορικό και η φυσική εξέταση αποτελούν την απαραίτητη αρχική προσέγγιση στα πλαίσια της προεγχειρητικής διερεύνησης του ασθενούς. Η δαχτυλική εξέταση και η ορθοσκόπηση παρέχουν πληροφορίες σχετικές με το μέγεθος του όγκου, την κινητικότητα ή την προσκόλληση του σε υποκείμενες δομές και την απόσταση από την πρωκτική αύλακα. Η πλήρης κολονοσκόπηση είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό σύγχρονων νεοπλασμάτων. Σε ασθενείς που δεν είναι δυνατή λόγω απόφραξης του αυλού, προτείνεται η CT κολονογραφία ή ο βαριούχος υποκλυσμός. Το διορθικό υπερηχοτομογράφημα έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια στη διερεύνηση της τοιχωματικής διήθησης και στην αναγνώριση διηθημένων λεμφαδένων, κυρίως για όγκους του κατώτερου ορθού. Η μαγνητική τομογραφία έχει μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια στην προεγχειρητική σταδιοποίηση των καρκινωμάτων του ορθού (Lahaye et al., 2005). Είναι περισσότερο ακριβής για την ανάδειξη T3 και T4 όγκων και αναδεικνύει καλύτερα τη σχέση του όγκου με την περιορθική περιτονία. Η ποζιτρονική υπολογιστική τομογραφία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση των ασθενών με τοπική ή απομακρυσμένη υποτροπή της νόσου. Η χρήση της στην προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών είναι περιορισμένη λόγω αυξημένου κόστους και λόγω μη ανωτερότητας ως προς τη μαγνητική τομογραφία.

Στην παρούσα μελέτη 23 από τους 30 ασθενείς (77%) με καρκίνο ορθού που χειρουργήθηκαν είχαν διερευνηθεί με μαγνητική τομογραφία ορθού, η οποία είναι απαραίτητη για τη διαχείριση των ασθενών. 2 ασθενείς (6,6%) δεν είχαν προεγχειρητική μαγνητική λόγω μη συνεργασίας στη πραγματοποίηση της εξέτασης και άλλοι 3 (10%) λανθασμένα, καθώς η κολονοσκόπηση τους έκανε λόγο για όγκους σιγμοειδούς. 28 ασθενείς είχαν πλήρη κολονοσκόπηση (93%), καθώς σε 2 ασθενείς ο όγκος προκαλούσε στένωση μη διαβατή από το ενδοσκόπιο.

Ο καθορισμός του πλάνου αντιμετώπισης ενός ασθενή με καρκίνο ορθού αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που πρέπει να σχεδιάζεται από μια διεπιστημονική ομάδα, με τη χειρουργική αντιμετώπιση να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Κατά τη διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράμετροι, όπως το κατά πόσο η χειρουργική αντιμετώπιση θα είναι θεραπευτική ή παρηγορική και το τελικό λειτουργικό αποτέλεσμα ως προς την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Συναφή με την ποιότητα ζωής είναι η λειτουργία του εντέρου (αριθμός κενώσεων και έλεγχος σφιγκτήρων), η λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και η σεξουαλική δραστηριότητα. Στους ασθενείς με καρκίνο ορθού ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, με την τοπική υποτροπή να σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση. Ο παράγοντας χειρουργός αποτελεί σημαντική μεταβλητή σε ό,τι αφορά τη νοσηρότητα, την

τοπική υποτροπή και το ποσοστό διατήρησης του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Στο σύνολο των μελετών τονίζεται η ανάγκη επαρκούς εκπαίδευσης και αφοσίωσης στη χειρουργική του παχέος εντέρου.

Οι ασθενείς που δεν δύνανται λόγω κλινικού σταδίου ή δεν επιθυμούν να αντιμετωπιστούν με τοπική εκτομή ενδοσκοπικά, υποβάλλονται σε ριζικές διακοιλιακές επεμβάσεις. Επιδιώκεται η διατήρηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού και η επίτευξη των καλύτερων δυνατών λειτουργικών αποτελεσμάτων, αν και ο στόχος δεν είναι πάντοτε εφικτός. Σκόπιμο είναι ο θεράπων χειρουργός να εκτελεί ορθοσκόπηση πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας. Για καρκίνους του ανώτερου ορθού η αντιμετώπιση συνίσταται σε χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθού, με επέκταση σε απόσταση τουλάχιστον 5 εκ. από το άπω όριο του όγκου για την επίτευξη επαρκούς μεσοορθικής εκτομής. Ακολουθείται αναστόμωση για την αποκατάσταση της συνέχειας του παχέος εντέρου. Για όγκους του μέσου και κατώτερου ορθού, όρια εκτομής 1-2 εκ περιφερικότερα του όγκου είναι αποδεκτά, εφόσον συνοδεύονται με ολική εκτομή του μεσοορθού. Ακολουθεί αποκατάσταση της συνέχειας με κολο-πρωκτική αναστόμωση. Η μεσοσφιγκτηριακή εκτομή για όγκους κατώτερου ορθού αποτελεί την πλέον ακραία περίπτωση επέμβασης διάσωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Στις περιπτώσεις καρκινωμάτων που βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη του 1 εκ. από την οδοντωτή γραμμή ή που διηθούν τον πρωκτικό δακτύλιο και τους ανελκτήρες μύες, εκτελείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και τελική κολοστομία. Τελική κολοστομία δημιουργείται και στις περιπτώσεις που η δημιουργία αναστόμωσης συνεπάγεται χειρότερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή. Μια πολύ χαμηλή αναστόμωση που σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο μετεγχειρητικής διαφυγής, προστατεύεται με τη διενέργεια ειλεοστομίας αγκύλης. Σε δεύτερο χρόνο διενεργείται σύγκλειση της προστατευτικής ειλεοστομίας για την αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού συστήματος.

Το δείγμα της μελέτης αποτελούταν από 30 ασθενείς με όγκο ορθού, εκ των οποίων 21 άνδρες και 9 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 70,8 έτη. Ο όγκος εντοπιζόταν στο άνω ορθό σε 11 ασθενείς, στο μέσο ορθό σε 14 ασθενείς και στο κατώτερο ορθό σε 5 ασθενείς. 3 ασθενείς με όγκο κατώτερου ορθού και 1 με όγκο μέσω ορθού υποβλήθηκαν σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, ενώ οι υπόλοιποι 26 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χαμηλή πρόσθια εκτομή ορθού με ή χωρίς διενέργεια προστατευτικής ειλεοστομίας. Συνολικά 28 ασθενείς παρουσίασαν ελεύθερα χειρουργικά όρια στο χειρουργικό παρασκεύασμα (93%). 1 ασθενής με όγκο μέσου και 1 με όγκο κατώτερου ορθού παρουσίασαν διήθηση των περιμετρικών ορίων του παρασκευάσματος, με ρήξη αυτού και η εκτομή θεωρήθηκε R1. Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Πέρα των δύο αυτών ασθενών άλλοι 3 (10%) δεν έφεραν το απαραίτητο ευρύτερο περιφερικό όριο που απαιτείται. Η απόσταση του όγκου από

το χειρουργικό όριο εκτομής ήταν μικρότερη του 1 εκ. Επομένως συγκεντρωτικά ελεύθερα όρια εκτομής και ευρύτερα όρια επιτεύχθηκαν σε 25 ασθενείς (83%).

Επέμβαση	R0 εκτομές	Ελεύθερα ευρύτερα όρια
Δεξιά κολεκτομή	100% (31/31)	67,7% (21/31)
Αριστερή κολεκτομή	100% (7/7)	100% (7/7)
Σιγμοειδεκτομή	97% (31/32)	63% (20/32)
Χαμηλή πρόσθια εκτομή Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή	93% (28/30)	83% (25/30)

2.5. Εύρος λεμφαδενεκτομής στους ασθενείς με καρκίνο ορθού

Η ολική εκτομή του μεσοορθού συνίσταται στην en block εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου μετά των λεμφαδενικών, λεμφαγγειακών, αγγειακών και περινευρικών εντοπίσεων. Η ολική εξαίρεση του μεσοορθού σχετίζεται με τα χαμηλότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής. Ήδη από τη δεκαετία του ‘70 διάφορες μελέτες έδειξαν, ότι στους καρκίνους του ορθού η περιφερική υποβλεννογόνια διήθηση σπανίως ήταν μεγαλύτερη του 1 εκ.. Έτσι το περιφερικό όριο της της ασφαλούς εκτομής κατέβηκε στα 2 εκ..
Η θεωρία αυτή επιβεβαιώθηκε από μελέτες, όπου φάνηκε ότι η χαμηλή εκτομή του ορθού με αναστόμωση δε διέφερε ογκολογικά από την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Και νεότερες μελέτες επιβεβαίωσαν, ότι η περιφερική υποβλεννογόνια διήθηση ξεπερνά το 1 εκ. όταν ο όγκος έχει ήδη δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις (Williams et al., 1983). Παρατηρήθηκε ότι οι όγκοι του ορθού επεκτείνονται αρκετά συχνά εξωαυλικά, μέσα στο μεσοορθό πέρα των 2 εκ. περιφερικότερα του άπω ορίου (Heald et al., 1982). Επομένως προτάθηκε και ακολούθως εφαρμόστηκε η ολική εκτομή του μεσοορθού σε όγκους του μέσου και κάτω ορθού. Εφαρμόζοντας την ολική εκτομή του μεσοορθού το ποσοστό της τοπικής υποτροπής μειώθηκε σε 2,7%. Ως προς την υποβλεννογόνια διήθηση 1 εκ. περιφερικού ορίου είναι αρκετό, αλλά επειδή απαιτείται άλλο 1 εκ. για να είναι δυνατή μια αναστόμωση, το όριο για τη διάσωση των σφιγκτήρων είναι τα 2 εκ. υγιούς ιστού. Η προεγχειρητική χημειο-ακτινοθεραπεία οδηγεί σε υποστροφή του όγκου σε βαθμό που μπορεί να γίνουν εκτομές με όρια μικρότερα του 1 εκ., που μεταφράζεται σε διενέργεια λιγότερων κοιλιοπερινεϊκών εκτομών.

Ως μεσοορθό ορίζεται το πυελικό λίπος που περιβάλλει το ορθό και περιέχει αγγεία,

λεμφαγγεία, λεμφαδένες και νεύρα του ορθού. Κατά τη διενέργεια μιας ολικής εκτομής του μεσοορθού (TME) αρχικά κινητοποιείται το κατιόν κόλον επί της γραμμής του Toldt έως τη σπληνική καμπή, αναγνωρίζοντας και διατηρώντας από έξω προς τα μέσα τα αριστερά γοναδικά αγγεία και τον αριστερό ουρητήρα. Εκτελείται υψηλή απολίνωση της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας σε απόσταση 1-2 εκ. από την έκφυση της, για να αποφευχθεί η κάκωση του κάτω υπογαστρίου πλέγματος. Ακολουθεί διατομή του σιγμοειδούς ή κατιόντος κόλου μαζί με το σύστοιχο μεσεντέριο, τα οποία έλκονται προς τα εμπρός για να εισέλθουμε στον οπισθο-ορθικό χώρο. Στο επίπεδο του ακρωτηρίου των μαιευτήρων αναγνωρίζονται και διατηρούνται τα κάτω υπογάστρια νεύρα. Ακολουθεί παρασκευή επί του ανάγγειου πλάνου αραιού συνδετικού ιστού με οξύ διαχωρισμό και υπό ευθεία όραση, ώστε να αποφεύγονται κακώσεις νεύρων, αιμορραγίες και διάσπαση της ιδίως περιτονίας του ορθού. Η μη διάσπαση της περιτονίας εξασφαλίζει καλύτερο ογκολογικό αποτέλεσμα. Η κινητοποίηση συνεχίζεται ουραία και ακολούθως προς τα πλάγια. Ο οπίσθιος διαχωρισμός ολοκληρώνεται στο επίπεδο των ανελκτήρων μυών. Η κινητοποίηση ολοκληρώνεται με τη παρασκευή έμπροσθεν του ορθού, αποφεύγοντας τη διάσπαση της περιτονίας του Denonvilliers. Η εκτομή ολοκληρώνεται με διατομή του ορθού περιφερικά του όγκου ή με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, όταν δεν εξασφαλίζεται υγιές περιφερικό όριο.

Μεγάλη σημασία στην ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος πέρα του εγγύς και άπω ορίου εκτομής έχουν και τα περιμετρικά όρια εκτομής (circumferential resection margins – CRM). Η κατάσταση του CRM αποτελεί σημαντική προγνωστική παράμετρο τοπικής υποτροπής και επιβίωσης. Θετικά περιμετρικά όρια ορίζονται όρια <1 χιλ. ή <2 χιλ. ανάλογα με τη μελέτη. Για την ακριβή σταδιοποίηση συστήνεται εκτομή και ιστολογική εξέταση τουλάχιστον 12 λεμφαδένων. Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προεγχειρητική χημειο/ακτινοθεραπεία ο αριθμός των λεμφαδένων είναι μικρότερος. Δε μπορεί να καθοριστεί ελάχιστος αριθμός λεμφαδένων για αυτούς τους ασθενείς. Επί της ουσίας δεν θεωρούνται υποσταδιοποιημένοι, καθώς όσοι έχουν λάβει ακτινοθεραπεία προεγχειρητικά, θα συνεχίσουν με τη χορήγηση χημειοθεραπείας μετεγχειρητικά. Λεμφαδένες που παρουσιάζουν μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα (isolated tumor cell – ITCs) θεωρούνται αρνητικοί μεταστατικής νόσου και καταδεικνύονται με την ένδειξη N0(i+). Η παρουσία καρκινικών εναποθέσεων στο περιορθικό λίπος υπο-ορογόνια (tumor deposits), εν απουσία λεμφαδενικής διήθησης, πρέπει να καταδεικνύεται ως N1c. Ταξινομούνται ξεχωριστά από λεμφαδένες με πλήρη κατάληψη από καρκινικά κύτταρα και έχουν αρνητική προγνωστική αξία.

Στην παρούσα μελέτη 25 εκ των 30 ασθενών με όγκο ορθού παρουσίασαν χειρουργικά παρασκευάσματα με άνω των 12 εξαιρεθέντων λεμφαδένων (83%). Στους 3 από τους 5 ασθενείς που δεν έφεραν άνω των 12 λεμφαδένων, είχε χορηγηθεί προεγχειρητική

ακτινοθεραπεία, οπότε όπως προαναφέρθηκε σε αυτή τη περίπτωση δεν επηρεάστηκε η σταδιοποίηση και πρόγνωση των ασθενών. Συνολικά στους 100 ασθενείς της μελέτης μας παρατηρήθηκε αφαίρεση άνω των 12 λεμφαδένων σε ποσοστό 87%. Ένα ποσοστό που είναι απολύτως αποδεκτό, καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αντίστοιχα ποσοστά από 73% έως 86% (Gooiker A. et al,. 2013)..

Επέμβαση	LN>12	M.O. LN
Δεξιά κολεκτομή	100% (31/31)	33,6
Αριστερή κολεκτομή	100% (7/7)	30,7
Σιγμοειδεκτομή	75% (24/32)	17,1
Χαμηλή πρόσθια εκτομή Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή	83% (25/30)	21,8

2.6. Συστηματική θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

Η χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου έχει μελετηθεί εκτεταμένα. Τα αποτελέσματα μετα-ανάλυσης 20898 ασθενών από 18 τυχαιοποιημένες μελέτες χορήγησης χημειοθεραπείας βασισμένης στην 5-FU υπέδειξαν την ελεύθερη νόσου επιβίωση στα 5 χρόνια ως καταληκτικό σημείο των κλινικών μελετών (Sargent et al., 2005). Οι περισσότερες υποτροπές εμφανίζονται στα πρώτα 2 έτη μετά από την αντιμετώπιση, ενώ οι συχνότητες υποτροπής είναι μικρότερες μετά από 5 και 8 έτη, με ποσοστά 1,5% και 0,5% ανά έτος αντίστοιχα. Το όριο των 5 ετών μετά τη χειρουργική εξαίρεση πρέπει να χρησιμοποιείται όταν πρόκειται να αξιολογηθεί η συνολική επιβίωση των ασθενών. Ασθενείς σταδίου I και σταδίου II χαμηλού κινδύνου δε χρήζουν επικουρικής χημειοθεραπείας. Ασθενείς υψηλού κινδύνου σταδίου II θεωρούνται εκείνοι με τους παρακάτω πτωχούς προγνωστικούς δείκτες. Όγκοι T4, όγκοι χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης, λεμφαγγειακή και περινευρική διήθηση, απόφραξη παχέος εντέρου, διάτρηση του εντέρου πλησίον του όγκου, θετικά όρια εκτομής και ανεπαρκής λεμφαδενεκτομή (<12). Οι ασθενείς με τους παραπάνω παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν υποψήφιοι για χορήγηση μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας. Η απόφαση λαμβάνεται κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ασθενούς. Για τους ασθενείς σταδίου III συνιστάται η χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας για 6 μήνες. Οι θεραπευτικές επιλογές είναι 5-FU/LV/οξαλιπλατίνα (FOLFOX) ή capecitabine/οξαλιπλατίνα (CAPOX). Σε μετα-αναλύσεις και σε τυχαιοποιημένες μελέτες έχει αποδειχθεί, ότι οι ασθενείς που ωφελούνται περισσότερο από τη χορήγηση χημειοθεραπείας είναι εκείνοι του σταδίου III. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας μπορεί να συζητηθεί μόνο σε

όγκους Τ4, που προσκολλώνται σε ένα σταθερό σημείο, λαμβάνοντας υπόψιν την υψηλή τοξικότητα στους φυσιολογικούς ιστούς. Οι ασθενείς εμφανίζουν μεταστάσεις σε ποσοστό 50-60%. Περίπου 15-25% εμφανίζουν σύγχρονες ηπατικές μεταστάσεις, που είναι μη εξαιρέσιμες σε υψηλό ποσοστό. Η μεταστατική νόσος εμφανίζεται συνήθως μετάγχρονα, με το ήπαρ να αποτελεί τη πιο συχνή εντόπιση. Επί εξαιρεσιμότητας της μεταστατικής νόσου, ο ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική εξαίρεση αυτής μαζί με την πρωτοπαθή εστία. Εν συνεχεία χορηγείται συστηματική χημειοθεραπεία. Επί μη εξαιρεσιμότητας της μεταστατικής νόσου χορηγείται θεραπευτική παρηγορική χημειοθεραπεία. Σε περιορισμένες περιπτώσεις η μεταστατική νόσος υποστρέφει κατά τη χορήγηση της χημειοθεραπείας και συνιστάται να εξαιρείται, όταν αυτό καθίσταται δυνατό.

Στη μελέτη μας εκτιμήθηκαν συνολικά 70 ασθενείς με όγκο ανιόντος, εγκαρσίου, κατιόντος και σιγμοειδούς κόλου μετεγχειρητικά για τη χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας. Προεγχειρητικά δεν παρουσίασε κανένας εκ των ασθενών στη σταδιοποίηση του εικόνα μεταστατικής νόσου ή επέκτασης του όγκου σε γειτονικά όργανα. Όλοι οι ασθενείς συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο του νοσοκομείου (100%), παρουσία παθολόγου ογκολόγου, χειρουργού και ακτινοθεραπευτή. Βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών συστήθηκε η χορήγηση χημειοθεραπείας σε 40 ασθενείς λόγω λεμφαδενικής διήθησης και παρουσίας παραγόντων υψηλού κινδύνου υποτροπής. Λόγω άρνησης των ασθενών, αυξημένης συννοσηρότητας και ανάπτυξης τοξικότητας 8 ασθενείς δε ξεκίνησαν ή δεν ολοκλήρωσαν τους κύκλους της χημειοθεραπείας.

2.7. Συστηματική θεραπεία στους ασθενείς με καρκίνο ορθού

Για τους ασθενείς με καρκίνο ορθού η χημειοθεραπεία χορηγείται προεγχειρητικά ή/και μετεγχειρητικά και αφορά τα στάδια III-IV. Σε κάθε περίπτωση η συνολική διάρκεια της θεραπείας είναι οι 6 μήνες. Πολύ μεγάλης σημασίας για τη πρόληψη της τοπικής υποτροπής είναι η χορήγηση προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας, όπου υπάρχει ένδειξη. Το πεδίο της ακτινοβολίας πρέπει να περιλαμβάνει τον όγκο ή τη κοίτη του όγκου και τους προ-ιερούς λεμφαδένες. Η ακτινοβολία κατανέμεται σε δόσεις. Στην πύελο χορηγούνται 45-50 Gy σε 25-28 δόσεις. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση 5-8 εβδομάδες μετά από τη χορήγηση. Σε αρκετές μελέτες εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας βραχείας δράσης. Σε αυτό το σχήμα η πύελος ακτινοβολείται με 25 Gy σε 5 ημέρες σε 5 διηρημένες δόσεις και μια εβδομάδα αργότερα ακολουθεί η χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Από τις μελέτες φάνηκε ότι οι δύο τρόποι χορήγησης είναι εξίσου αποτελεσματικοί. Για ανεγχείρητους όγκους μπορεί αν είναι τεχνικά δυνατό, να χορηγηθούν δόσεις πέρα των 54 Gy.

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να συνοδεύεται από παράλληλη χορήγηση 5-FU ή Capecitabine (Ceelen et al., 2009). Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπείας των ασθενών σταδίου III. Ο συνδυασμός χειρουργικής εκτομής και μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της εμφάνισης τοπικής υποτροπής, χωρίς όμως να επηρεάζει τη συνολική επιβίωση. Ενδείξεις για τη προεγχειρητική ακτινοβολία του ορθού είναι το επαπειλούμενο περιμετρικό όριο εκτομής, η εξωκαψική λεμφαδενική διήθηση, η λεμφαγγειακή και περινευρική διήθηση, καθώς και οι όγκοι πλησίον του πρωκτικού δακτυλίου σε μια προσπάθεια διάσωσης του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Πλεονεκτήματα της προεγχειρητικής χορήγησης είναι ότι επί υποστροφής του όγκου, εξασφαλίζονται υγιή όρια εκτομής και διασώζονται οι σφιγκτήρες. Επίσης αποφεύγεται η ακτινοβολία του παχέος εντέρου που θα αναστομωθεί με το ορθό και ελαττώνεται η ακτινική βλάβη του λεπτού εντέρου. Η δράση της είναι και πιο αποτελεσματική, καθώς εφαρμόζεται σε καλά οξυγονωμένους ιστούς. Η παράλληλη χορήγηση χημειοθεραπείας φαίνεται να ευαισθητοποιεί τους ιστούς στη δράση της ακτινοθεραπείας, καθώς αυξάνει την πιθανότητα της πλήρους παθολογοανατομικής ανταπόκρισης. Όταν χορηγείται μετεγχειρητικά, γίνεται συνήθως ενδιάμεσα της χημειοθεραπείας. Η νοσηρότητα της μετεγχειρητικής χορήγησης δεν είναι ευκαταφρόνητη καθώς μπορεί να προκαλέσει στυτική δυσλειτουργία, ακτινική εντερίτιδα, στενώσεις ορθού και κόλπου καθώς και λειτουργικά προβλήματα στις πολύ χαμηλές αναστομώσεις.

Στη μελέτη μας 15 από τους 30 ασθενείς (50%) οδηγήθηκαν προεγχειρητικά από τους χειρουργούς στο ογκολογικό συμβούλιο προς συζήτηση. Σε 9 ασθενείς υπήρξε σύσταση για προεγχειρητική ακτινοθεραπεία και οι ασθενείς στο σύνολο τους προχώρησαν σε αυτή. Σε 5 ασθενείς η σύσταση για ακτινοθεραπεία ήταν για εξασφάλιση ασφαλούς περιμετρικού ορίου και στους άλλους 4 για διάσωση του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Οι 4 ασθενείς με επαπειλούμενο περιμετρικό όριο παρουσίασαν ασφαλή απόσταση από αυτό στο χειρουργικό παρασκεύασμα. Ένας ασθενής με όγκο πλησίον του δακτυλίου παρουσίασε πλήρη υποστροφή του όγκου και απέφυγε την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Συνολικά 5 ασθενείς επωφελήθηκαν από τη χορήγηση προεγχειρητικής ακτινοθεραπείας (55%). 15 ασθενείς δε συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο προεγχειρητικά. Σε αυτούς τους ασθενείς οι χειρουργοί βασίστηκαν μόνο στη σταδιοποίηση των ασθενών για να τους οδηγήσουν στο χειρουργείο χωρίς προεγχειρητική θεραπεία.

Μετεγχειρητικά το σύνολο των ασθενών συζητήθηκε στο ογκολογικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Εκ των 9 ασθενών που είχαν λάβει προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, 6 είχαν λάβει χημειοακτινοθεραπεία, ενώ 3 είχαν λάβει κύκλους χημειοθεραπείας μετά την ακτινοθεραπεία. Μετεγχειρητικά υπήρξε σύσταση για χημειοθεραπεία σε 2 ασθενείς, αλλά ο

ένας δεν προχώρησε λόγω συννοσηρότητας. Στο σύνολο των 21 ασθενών που δεν είχε λάβει προεγχειρητική θεραπεία έγινε σύσταση για επικουρική χημειοθεραπεία σε 14. Δε προχώρησαν στη χορήγηση χημειοθεραπείας 4 ασθενείς λόγω υψηλής συννοσηρότητας και άρνησης.

Παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό των ασθενών, που συζητιέται στο ογκολογικό συμβούλιο προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Το ποσοστό της προεγχειρητικής συζήτησης σε Βρετανία, Ολλανδία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Αυστραλία είναι μεταξύ 85% και 90%. Το ποσοστό είναι ακόμα υψηλότερο όσον αφορά στη μετεγχειρητική συζήτηση των περιστατικών. Επομένως στη μελέτη μας το ποσοστό της προεγχειρητικής συζήτησης είναι πολύ χαμηλότερο εκείνου που παρατηρείται διεθνώς, ενώ το ποσοστό μετεγχειρητικά ακολουθεί τις διεθνείς οδηγίες.

MDT	Συζήτηση	Συμμόρφωση
Προεγχειρητικά	15% (15/100)	100% (15/15)
Μετεγχειρητικά	100%	88% (88/100)

3. Συμπεράσματα

Μελετήθηκαν 100 ασθενείς με κολοορθικό καρκίνο που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας με στόχο να εξεταστεί η συμμόρφωση στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και ο βαθμός συμμετοχής του ογκολογικού συμβουλίου στη διαχείριση των ασθενών.

Στη σύγχρονη ιατρική είναι σαφής η προσπάθεια που καταβάλλεται για βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό παρατηρείται και στον τομέα της αντιμετώπισης του κολοορθικού καρκίνου. Πριν από τρεις δεκαετίες παρατηρήθηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες οι πρώτες προσπάθειες δημιουργίας μητρώων καταγραφής των ασθενών με κολοορθικό καρκίνο. Μέσω της καταγραφής γίνεται προσπάθεια αυτοκριτικής και αναγνώρισης σημείων που μπορούν να διορθωθούν κατά την αντιμετώπιση των ασθενών. Πλέον μέσω του ευρωπαϊκού οργανισμού για τον καρκίνο υπάρχει κοινό μητρώο καταγραφής και έχουν θεσπιστεί τα κριτήρια ποιότητας που πρέπει να πληροί ένα εξειδικευμένο κέντρο αντιμετώπισης κολοορθικού καρκίνου. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία ενός εξειδικευμένου κέντρου είναι η στελέχωση μιας υψηλά καταρτισμένης και εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας. Η απόλυτη συνεργασία των ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση των

ασθενών εξασφαλίζεται κατά τις συνεδριάσεις του ογκολογικού συμβουλίου. Στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου το ογκολογικό συμβούλιο συνεδριάζει κάθε εβδομάδα και οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να φέρουν τα περιστατικά προς συζήτηση.

Βάσει των κριτηρίων ποιότητας ενός εξειδικευμένου κέντρου στο ογκολογικό συμβούλιο πρέπει να είναι πάντα παρόντες: γαστρεντερολόγος, παθολογοανατόμος, ακτινολόγος, χειρουργός, ογκολόγος και ακτινοθεραπευτής. Στο ογκολογικού συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου είναι παρόντες πάντα ογκολόγος, ακτινοθεραπευτής και χειρουργός. Οι άλλες ειδικότητες που είναι απαραίτητες, δεν παρίστανται σε κάθε συνεδρίαση. Αυτό είναι ένα σημείο που χρήζει βελτίωσης, καθώς η παρουσία όλων των ανωτέρω ειδικοτήτων βελτιώνει τη ποιότητα των υπηρεσιών του κέντρου. Όσον αφορά στους χειρουργούς ενός κέντρου δεν έχει θεσπιστεί ελάχιστος αριθμός επεμβάσεων που πρέπει να εκτελούν ετησίως, αλλά συνιστάται ένας ελάχιστος αριθμός 50 κολεκτομών και 20 εκτομών ορθού. Δεδομένου και του περιορισμένου πληθυσμού που καλύπτεται από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, αυτοί οι αριθμοί επεμβάσεων δεν καλύπτονται.

Από τους ασθενείς της μελέτης μας είχαν υποβληθεί σε πλήρη κολονοσκόπηση οι 85 (85%) και το ποσοστό αυτό είναι ανώτερο της διεθνούς βιβλιογραφίας (70-75%). Η σταδιοποίηση των σθενών είχε ολοκληρωθεί με αξονική τομογραφία κοιλίας και θώρακος σε 80 ασθενείς, που αντιστοιχεί σε ποσοστό χαμηλότερο της διεθνούς βιβλιογραφίας (90-95%). Από τους 30 ασθενείς με όγκο ορθού οι 23 είχαν διερευνηθεί με μαγνητική τομογραφία ορθού (77%), που αντιστοιχεί σε χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία (86-96%).

Αντιμετωπίστηκαν 70 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, οι οποίοι έφεραν όγκους ανιόντος, εγκαρσίου, κατιόντος και σιγμοειδούς κόλου. Η προεγχειρητική σταδιοποίηση των ασθενών δεν ανέδειξε μεταστατική νόσο ή διήθηση παρακείμενων οργάνων. Λόγω του ότι η προεγχειρητική συστηματική θεραπεία σε αυτούς τους ασθενείς δεν έχει αποδεδειγμένο όφελος σε επίπεδο πρόγνωσης και συνολικής επιβίωσης, οι χειρουργοί οδήγησαν τους ασθενείς στο χειρουργείο, χωρίς συζήτηση αυτών στο ογκολογικό συμβούλιο. Μετεγχειρητικά και οι 70 ασθενείς συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο, με τους 40 εξ αυτών να λαμβάνουν σύσταση για λήψη επικουρικής χημειοθεραπείας. Συνολικά 62 από τους 70 ασθενείς ακολούθησαν τις οδηγίες του ογκολογικού συμβουλίου μετεγχειρητικά και ο βαθμός συμμόρφωσης στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ήταν σε ποσοστό 88%. Όσον αφορά τους 30 ασθενείς με καρκίνο ορθού που αντιμετωπίστηκαν, προεγχειρητικά συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο 15 ασθενείς (50%). Στους υπόλοιπους οι χειρουργοί βασίστηκαν στη σταδιοποίηση και συγκεκριμένα στα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας του ορθού. Στους

15 ασθενείς που συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο, υπήρξε σύσταση για προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε 9 ασθενείς. Η συμμόρφωση στις αποφάσεις του ογκολογικού συμβουλίου ήταν σε ποσοστό 100%. Μετεγχειρητικά και οι 30 ασθενείς συζητήθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο και υπήρξε σύσταση για λήψη επικουρικής χημειοθεραπείας σε 14 περιστατικά. Ο βαθμός συμμόρφωσης στις διεθνείς οδηγίες παρατηρήθηκε σε ποσοστό 86%. Συνολικά στους 100 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν, 15% των ασθενών συζητήθηκε στο ογκολογικό συμβούλιο προεγχειρητικά και το 100% μετεγχειρητικά. Η συμμόρφωση στη σύσταση του ογκολογικού συμβουλίου προεγχειρητικά ήταν στο 100%, ενώ μετεγχειρητικά παρατηρήθηκε στο 88%. Η απόκλιση που παρατηρήθηκε στις μετεγχειρητικές συστάσεις οφειλόταν, στην άρνηση των ασθενών να λάβουν τη προτεινόμενη θεραπεία και στη παρουσία υψηλής συννοσηρότητας. Επομένως το ποσοστό της προεγχειρητικής συζήτησης στο ογκολογικό συμβούλιο (15%) κρίνεται πολύ χαμηλότερο εκείνου που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία (85-90%) και συνιστάται να φέρονται όλα τα περιστατικά προς συζήτηση προεγχειρητικά (J. Walraven et al, 2019).

Στο επίπεδο της χειρουργικής θεραπείας ελέγχθηκε η ογκολογική επάρκεια των χειρουργικών παρασκευασμάτων και της παθολογοανατομικής τους εξέτασης. Συνολικά σε ποσοστό 97% τα χειρουργικά όρια των παρασκευασμάτων ήταν ελεύθερα διήθησης. Τα ευρύτερα ελεύθερα όρια που απαιτούνται, επιτεύχθηκαν σε ποσοστό 73%. Το ποσοστό αυτό περιορίστηκε, καθώς σε επίπεδο δεξιάς κολεκτομής δεν είχαμε ικανό μήκος τελικού ειλεού και σε επίπεδο σιγμοειδεκτομής δεν είχαμε περιφερικό τμήμα παχέος εντέρου >5εκ. Σε αυτές τις δύο επεμβάσεις οφείλουν οι χειρουργοί να βελτιώσουν τη τεχνική τους και να εστιάσουν στην εξασφάλιση ελεύθερων ευρύτερων ορίων. Όσον αφορά το εύρος της λεμφαδενεκτομής είχαμε συνολικά ποσοστό 87% των παρασκευασμάτων με >12 εξαιρεθέντες λεμφαδένες, ένα ποσοστό ανώτερο από εκείνο της διεθνούς βιβλιογραφία (73-86%). Στο σύνολο των 100 ασθενών 5 ασθενείς παρουσιάζουν μη ογκολογικά αποδεκτά ευρύτερα όρια σε συνδυασμό με μη επαρκή λεμφαδενεκτομή (<12) ή απουσία λεμφαδενικής διήθησης. Αυτοί οι ασθενείς μπορούν να θεωρηθούν υποσταδιοποιημένοι κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση τους. Μπορούμε να επιτύχουμε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στο μήκος του τελικού ειλεού που εκτέμνουμε σε μια δεξιά κολεκτομή και στο μήκος του περιφερικού ορίου σε μια σιγμοειδεκτομή. Πρέπει επίσης να δίνεται βαρύτητα στην υψηλή απολίνωση του τροφοφόρου αγγείου για μια ικανή λεμφαδενεκτομή.

4. Βιβλιογραφία.

1. W. van Gijn, C.J.H. van de Velde, Improving quality of cancer care through surgical audit. European journal of surgical oncology, 36 (2010) S23-S26
2. Wibe A, Moller B, et al. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer – implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit. Dis Colon Rectum 2002;45(7):857-66
3. Birgisson H, Talback, et al. Improved survival in cancer of the colon and rectum in Sweden. European journal of surgical oncology 2005;31(8):845-53.
4. Harling H, Bulow S, et al. Survival of rectal cancer patients in Denmark during 1994-99. Colorectal Dis 2004;6(3):153-7.
5. Breugom A. J., P. G. Boelens, et al. Quality assurance in the treatment of colorectal cancer: the EURECCA initiative. Annals of Oncology 25: 1485-1492, 2014
6. Geerard B, d. Sebag-Montefiore, E. Andritsch, et al. ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care: Colorectal Cancer. A critical review. Oncology/Hematology critical reviews: 110 (2017) 81-93
7. Levit L, E. Balogh, S. Nass, P. Ganz (Eds.), Delivering High-quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis, Institute of Medicine. National Academies Press (2013), 10.17226/18359
8. Ferlay J, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimated for 40 countries in 2012 Eur. J. Cancer, 49 (6) (2013), pp. 1374-1403
9. Kamiński M.F., C. Hassan, R. Bisschops, J. Pohl, et al. Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy, 46 (5) (2014), pp. 435-449P.
10. Quirke, M. Risio, R. Lambert, L. von Karsa, M. Vieth Quality assurance in pathology in colorectal cancer screening and diagnosis –European recommendations Virchows Arch., 458 (1) (2011), pp. 1-19.
11. Beets-Tan R. G., D.M. Lambregts, M. Maas, S. Bipat, B. Barbaro, F. Caseiro-Alves, et al. Magnetic resonance imaging for the clinical management of rectal cancer patients: recommendations from the 2012 European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) consensus meeting Eur. Radiol., 23 (9) (2013), pp. 2522-2531.
12. Van Leersum N. J., H.S.D.D. Snijders Henneman, G.A. Kolfschoten, et al. The dutch surgical colorectal audit Eur. J. Surg. Oncol., 39 (10) (2013), pp. 1063-1070
13. Labianca R, B. Nordlinger, G.D. Beretta, S. Mosconi, et al.

Early colon cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up Ann. Oncol., 24 (Suppl. 6) (2013).

14. Valentini V., B. Glimelius, K. Haustermans, et al. EURECCA consensus conference highlights about rectal cancer clinical management: the radiation oncologist's expert review Radiotherapy Oncology, 110 (1) (2014), pp. 195-198
15. Senagore A. J., Fry r. Surgical management of colon cancer. The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery. New York: Springer; 2007. 395-404.
16. Mathis K., Robert R. Quality assurance in colon and rectal cancer surgery. Surgical Oncology Clin N Am 23(2014) 11-23
17. Lopez M. S., Monafo W.W. Role of extended resection in the initial treatment of locally advanced colorectal carcinoma. Surgery 1993; 113:365-72.
18. Otcky D., Hyman NH, Simmang C., et al. Practice parameters for colon cancer prepared by the standards practice task force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 2004; 47: 1269-1284.
19. Lahaye M., Engelen S., et al. Imaging for predicting the risk factors, the circumferential resection margin and nodal disease, of local recurrence in rectal cancer: a meta-analysis. Semin Ultrasound CT MR, 2005. 26(4): 259-68.
20. Williams N., Dixon M., Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival. Br Journal of Surgery, 1983. 70(3): 150-4.
21. Heald R., Husband E., Ryall R. The mesorectum in rectal cancer surgery; the clue to pelvic recurrence? Br journal of Surgery. 1982. 69(10): 613-6.
22. Gooiker G., Kolfschotten N,. et al. Evaluating the Validity of Quality Indicators for Colorectal Cancer Care. Journal of Surgical Oncology 2013;108: 465-471.
23. Sargent D., Wieand H., et al. Disease-free survival versus overall survival as a primary end point for adjuvant colon cancer studies: individual patient data from 20.898 patients on 18 randomized trials. Journal Clin Oncology. 2005 Dec 1;23(34):8664-70.
24. Ceelen W., Y. van Nieuwenhove, Fierens K. Preoperative chemoradiation versus radiation alone for stage II and III resectable rectal cancer. Cochrane Database Systematic Review. 2009.
25. J. Walraven, I. Desar, et al. Analysis of 105.000 patients with cancer: have they been discussed in oncologic multidisciplinary team meetings? A nationwide population-based study in the Netherlands. European Journal of Cancer 121 (2019) 85-93.