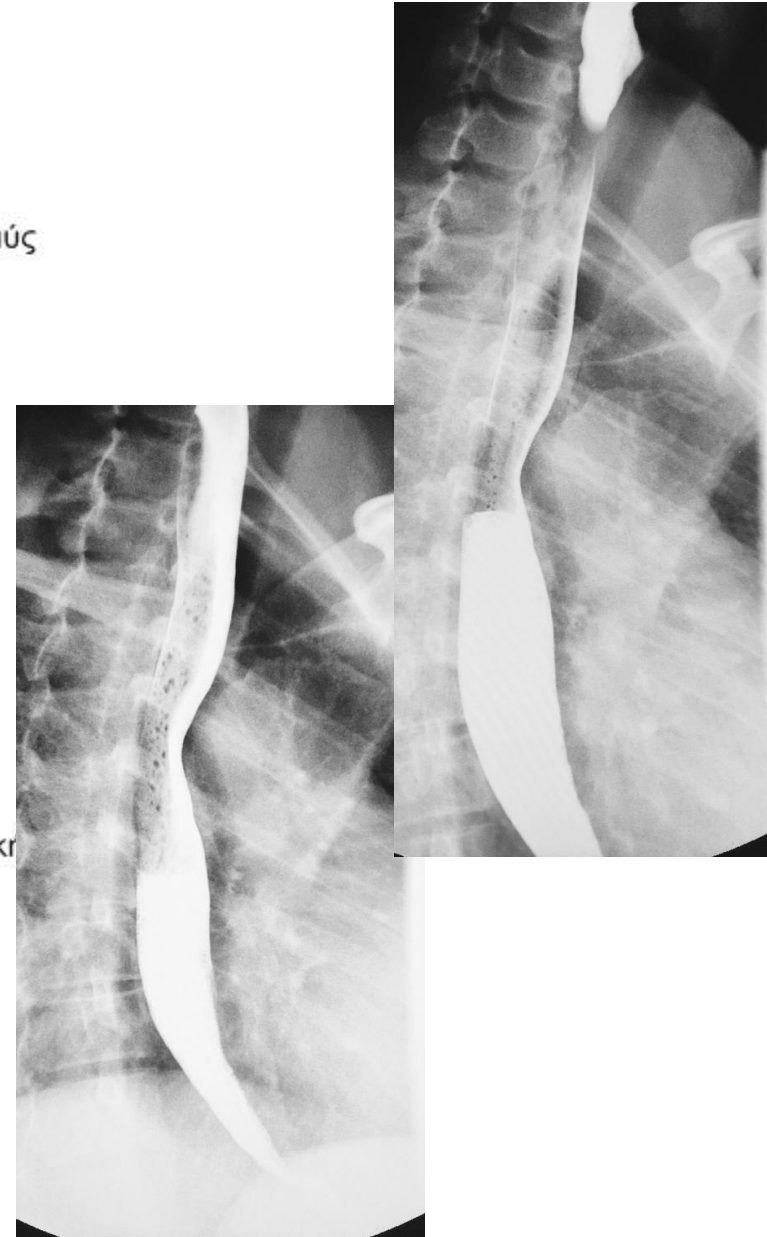
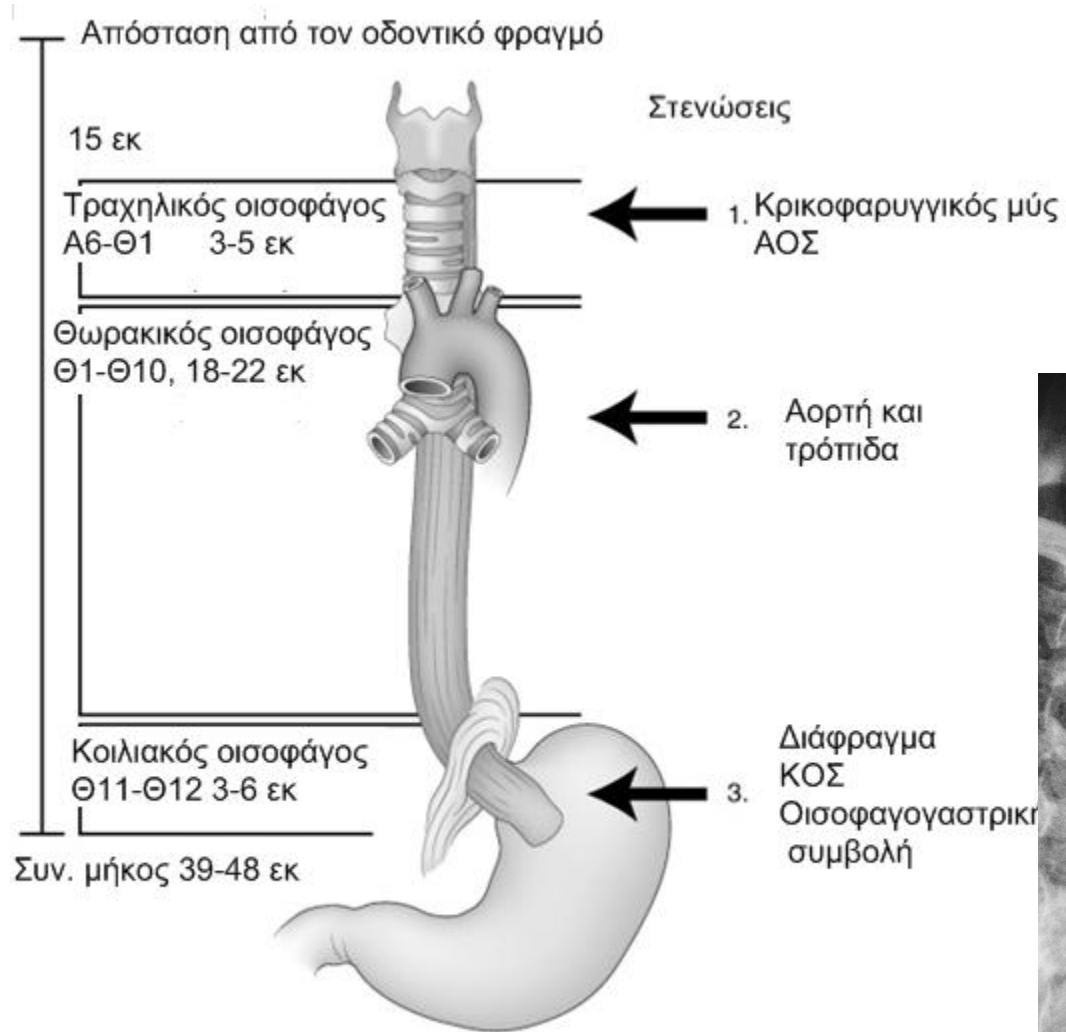


Παθήσεις Οισοφάγου

2024- 25

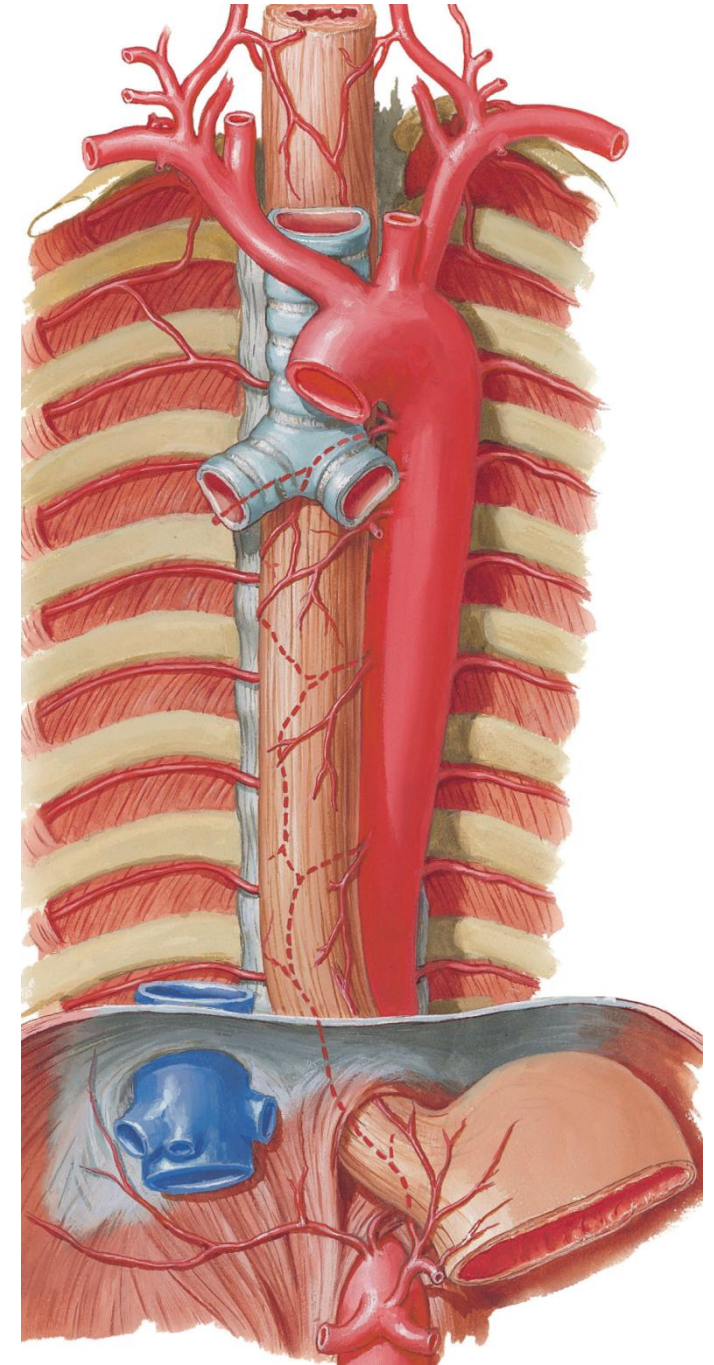
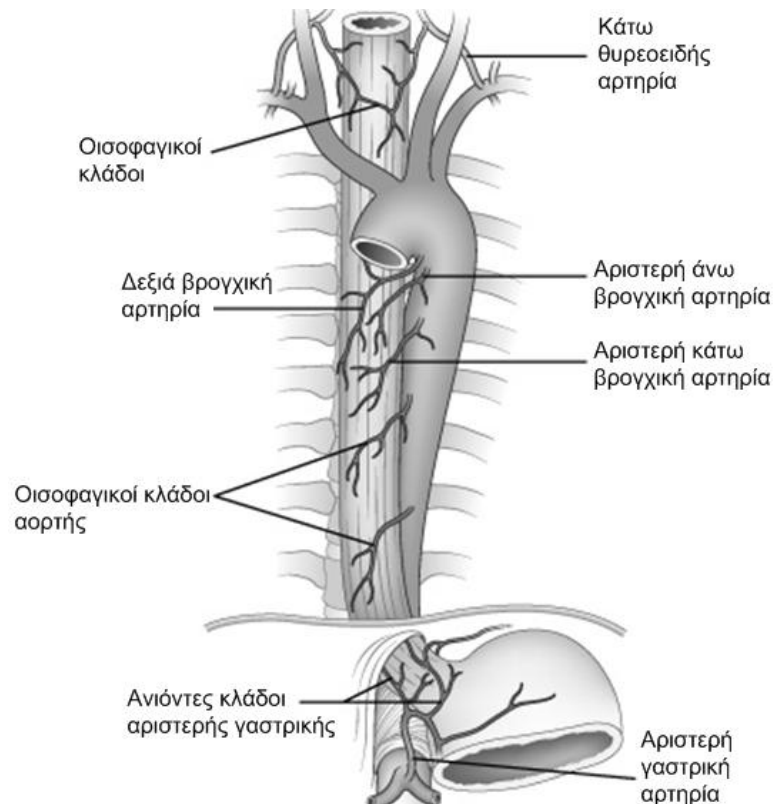
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ: Αρτηρίες

Ενδοτοιχωματικές Διακλαδώσεις

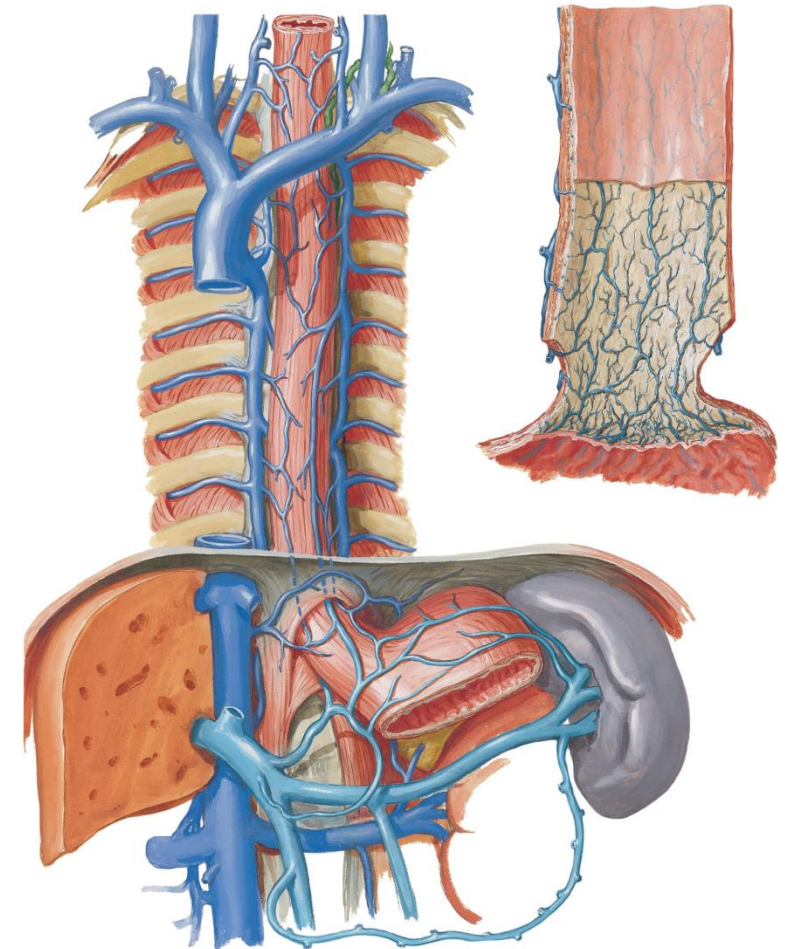
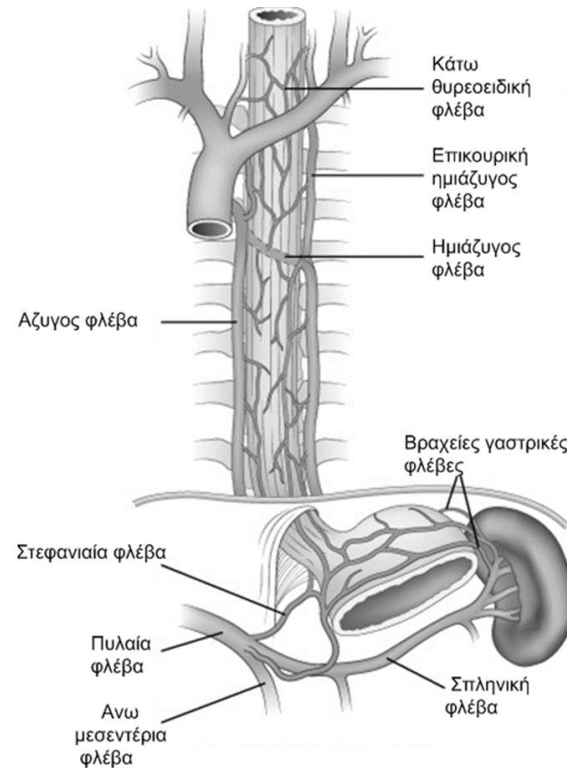
- Κ.Θυρεοειδική αρτ.
- Βρογχικές αρτ.
- Οισοφαγικές αρτ.
- Κοιλιακές αρτ.:
 - Αρ. Γαστρική,
 - Αρ. Φρενική,
 - Επ. Αρ. Ηπατική



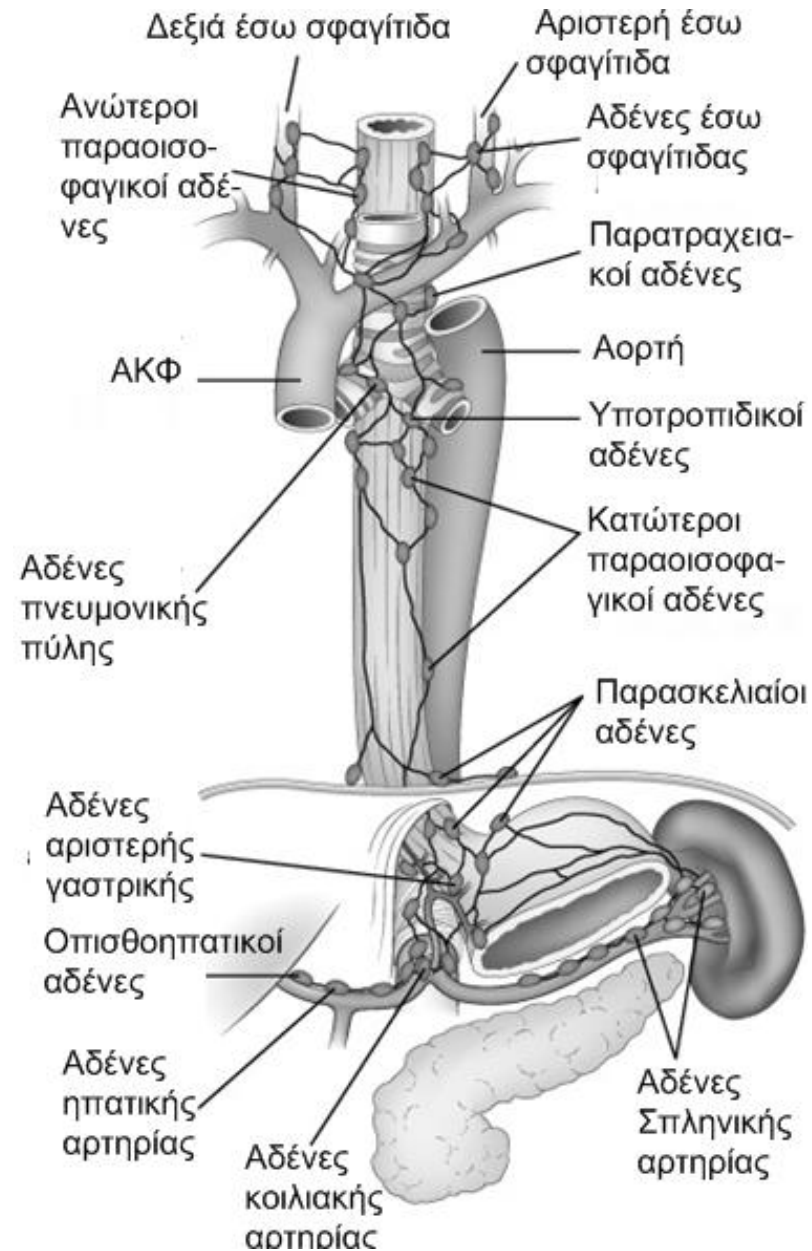
ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ: Φλεβική Απορροή

Τριχοειδή → Υποβλεννογόνιο → Περιοισοφαγικό πλέγμα

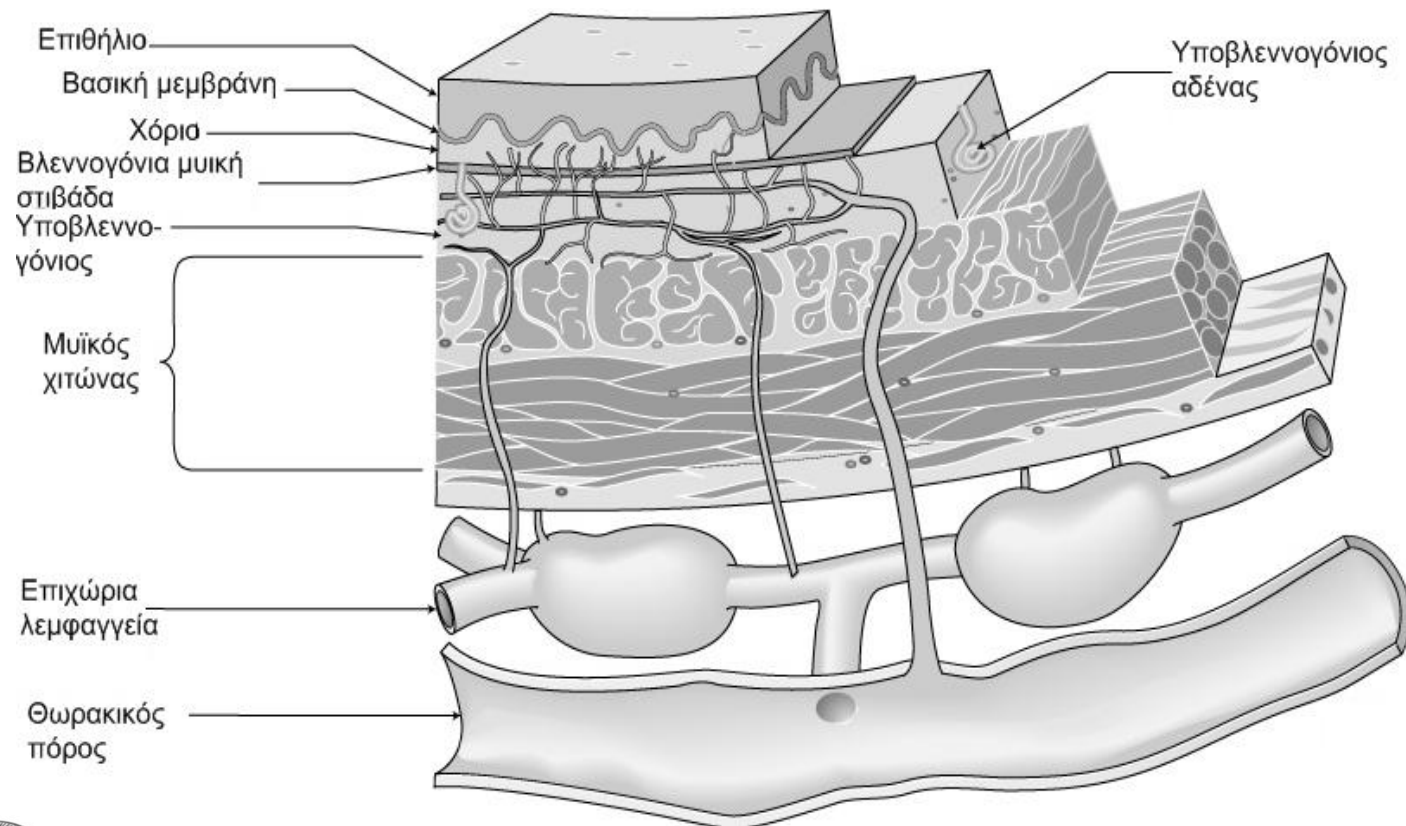
- Κάτω Θυρεοειδικές
- Άζυγος / Ημιάζυγος
- Βρογχικές
- Στεφανιαία φλέβα



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ: Λεμφική απορροή



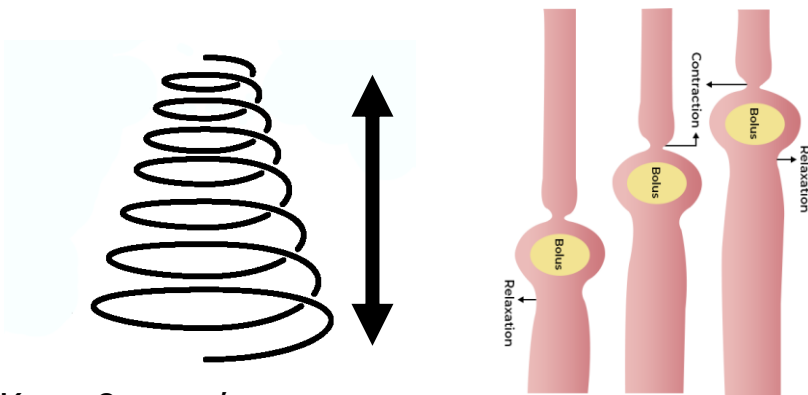
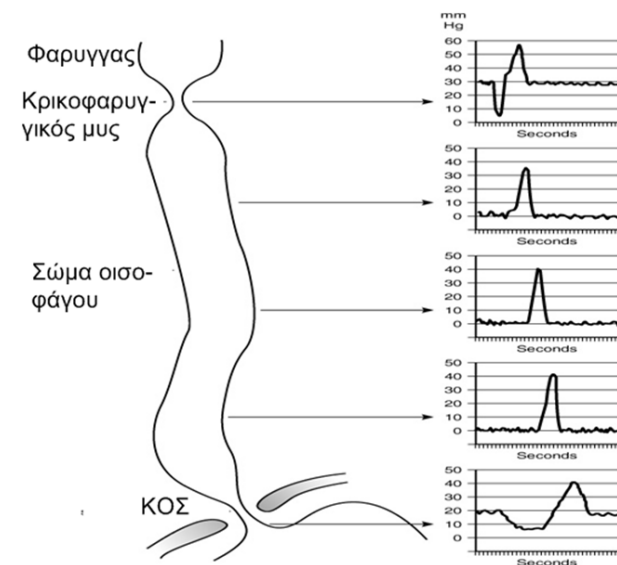
Μικροσκοπική Ανατομική



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – Περισταλτισμός

Περισταλτισμός σώματος :

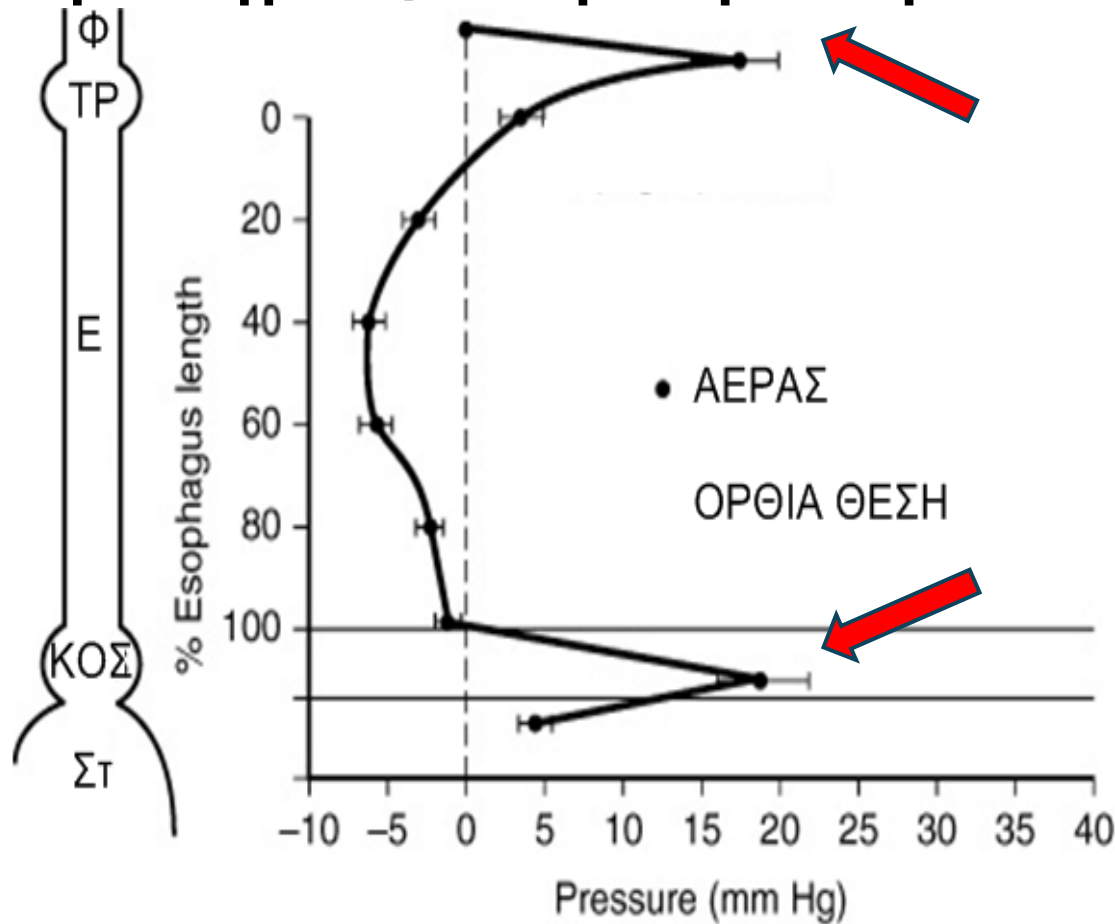
1. Σύσπαση της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας
 - βραχύνει το όργανο
 - αυξάνει τη διάμετρο του
2. Σύσπαση της ελικοειδούς-κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας του οισοφάγου.



- Πίεση κύματος 30-120 mmHg
- Διάρκεια σύσπασης 1,5 sec
- Ταχύτητα κύματος 3-4 cm/ sec
- Διέλευση οργάνου 9 sec.
- Περίοδος χάλασης 20 sec.



Πιέσεις Ηρεμίας / Μανομετρία: 2 Σφιγκτήρες – Αρνητική Ενδοθωρακική Πίεση



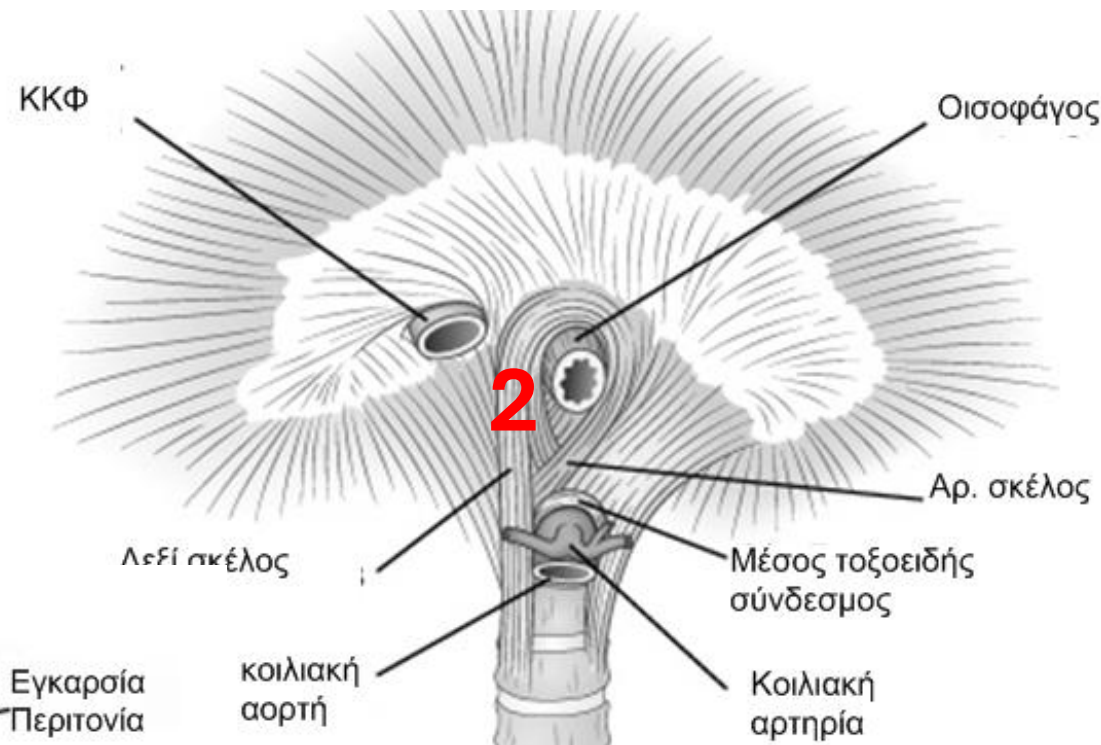
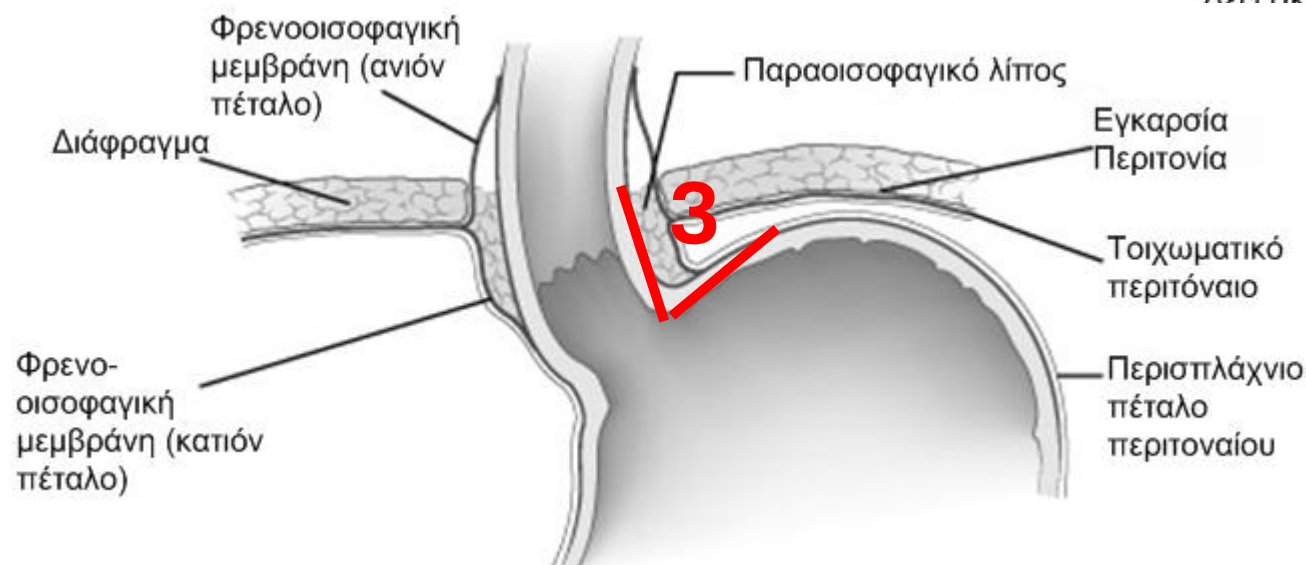
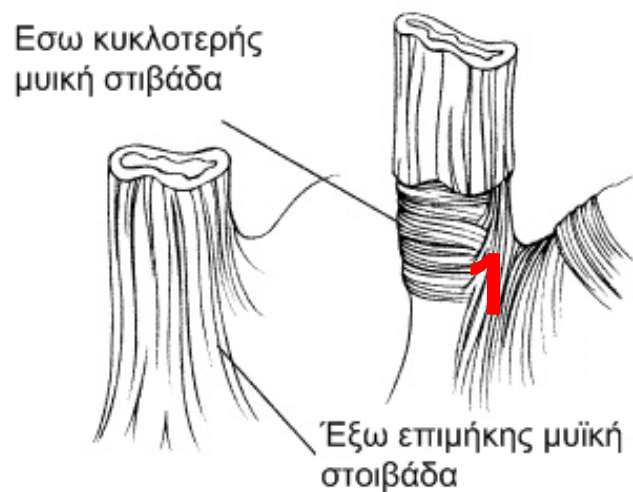
ΠΙΕΣΗ ΗΡΕΜΙΑΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ



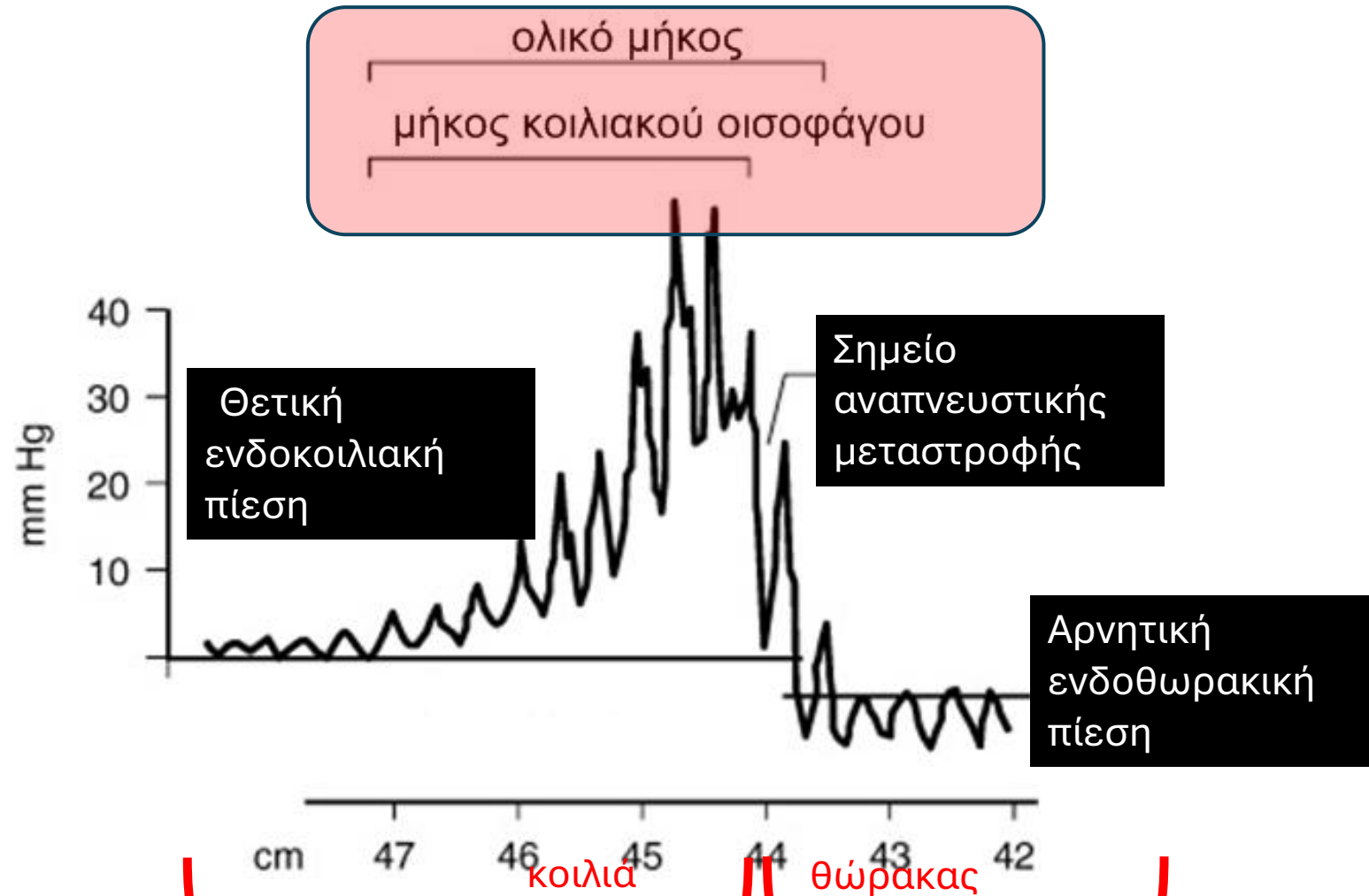
Ανω Οισοφαγικός Σφιγκτήρας



Κάτω Οισοφαγικός Σφιγκτήρας

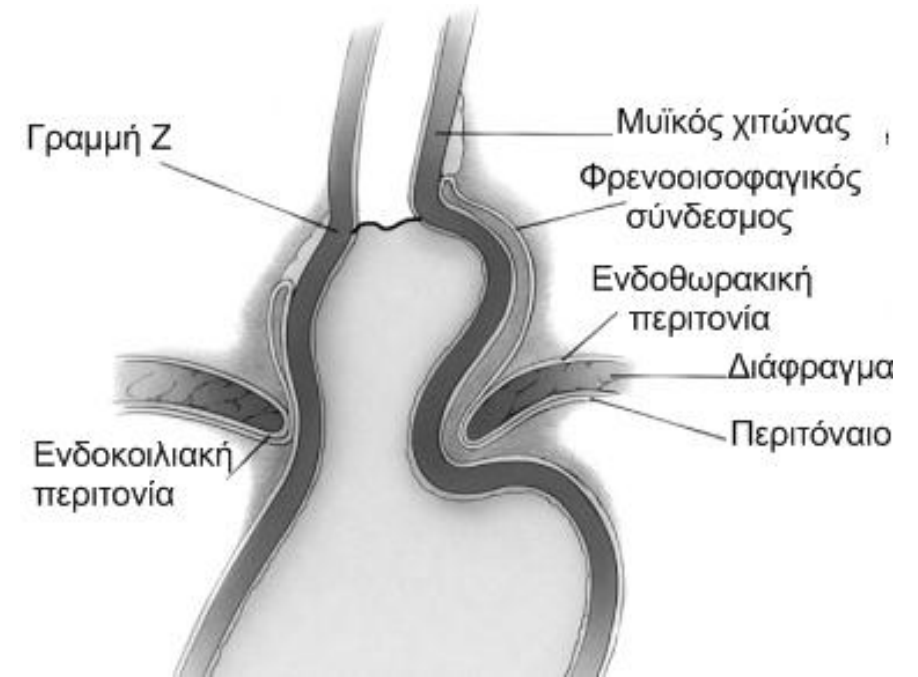


Μανομετρική Ιχνηθέτηση ΚΟΣ



Παθοφυσιολογία **Ανεπάρκειας ΚΟΣ & ΓΟΠΝ**

- Πίεση ηρεμίας < 6mmHg
 - Ολικό μήκος < 2εκ.
 - Κοιλιακό μήκος < 1 εκ
1. Ελάττωση κοιλιακού μήκους ΚΟΣ
 2. Ελάττωση ολικού μήκους ΚΟΣ
 3. Ελάττωση τόνου ΚΟΣ



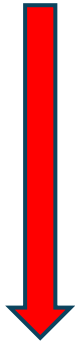
ΓΟΠΝ

- 50-90% των ασθενών με ΓΟΠΝ
 - Χαμηλή πίεση ηρεμίας ΚΟΣ
 - Μικρό μήκος ΚΟΣ
 - Διαφραγματοκήλη

Κλινική εκδήλωση ανάλογα με την
Αυτοκάθαρση
Ευαισθησία βλεννογόνου
Καθυστερημένη γαστρική κένωση



Απώλεια
λειτουργικότητας
σφιγκτήρα



Απώλεια
λειτουργικότητας
σώματος

1. Ανατομικά φυσιολογικός ΚΟΣ
2. Φυσιολογική κινητικότητα
3. Μεταγευματική παλινδρόμηση λόγω «παροδικής απώλειας του φραγμού»
4. Εντοπισμένη καταστροφή του σφιγκτήρα

1. Δομικά ελλειμματικός ΚΟΣ
2. Φυσιολογική κινητικότητα
3. Παλινδρόμηση και διάβρωση από οξέα στομάχου μόνο σε ύπτια θέση
4. Βλάβη οισοφάγου

1. Δομικά διαταραγμένος ΚΟΣ
2. Διαταραχή κινητικότητας
3. Κακή κάθαρση – έκθεση σε οξέα ανεξαρτήτως θέσης
4. Προοδευτική βλάβη οισοφάγου



ΓΟΠΝ

Φλεγμονή →

Διάβρωση →

Εξέλκωση →

Ίνωση →

Βράχυνση & Παραμόρφωση

Φλεγμονή →

Δια-διαφοροποίηση/Μεταπλασία →

Δυσπλασία →

Εξαλλαγή



ΓΟΠΝ - Ιστορικό & ΑΕ

Συμπτώματα:

- Οπισθοστερνικό Καύσος, Αναγωγές, Δυσφαγία, Οδυνοφαγία

Άλλα συμπτώματα σχετικά με παθήσεις οισοφάγου:

- Διαταραχές Γεύσης,
- Βράγχος Φωνής, Βήχας, «Άσθμα»,
- Θωρακαλγία,
- Ναυτία, Έμετος,
- Αιματέμεση, Μέλαινα



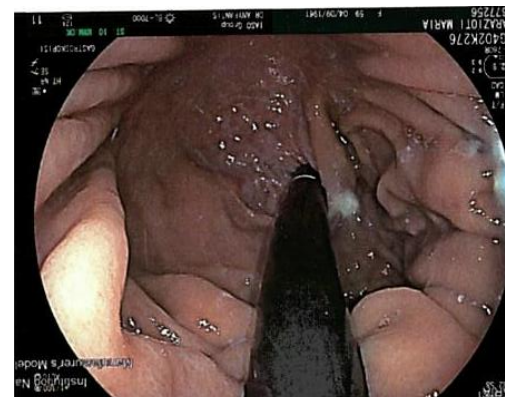
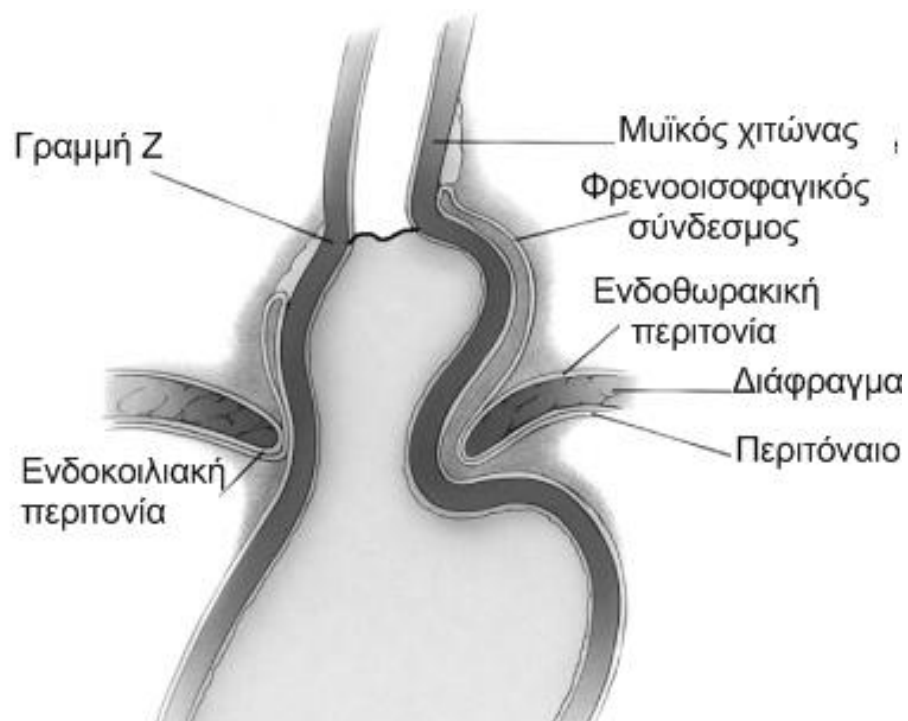
Διαφραγματοκήλη

Η πρόπτωση ενδοκοιλιακού οργάνου συνήθως δια του οισοφαγικού τρήματος στο μεσοθωράκιο – συνήθως προπίπτει ο στόμαχος

- Συχνή κατάσταση
- Κ.Ε :
 - ΓΟΠΝ
 - Στραγγαλισμός στομάχου
 - Πίεση / παρεκτόπιση ενδοθωρακικών οργάνων



Διαφραγματοκήλη Τύπου Ι

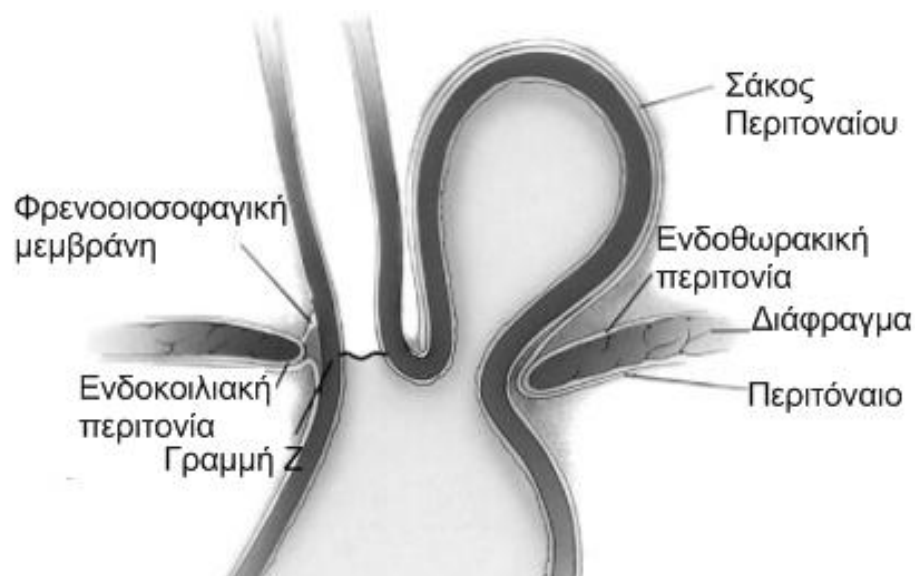


«Κατ' επολίσθηση / Ολισθαίνουσα»:
Η ΓΟΣ έχει ανέλθει στο μεσοθωράκιο.

Κ.Ε : αυτή της ΓΟΠΝ



Διαφραγματοκήλη Τύπου II



Η ΓΟΣ βρίσκεται στην κοιλιά και ο θόλος στον θώρακα

ΚΕ: -, απόφραξη, στραγγαλισμός, αναιμία, δύσπνοια



Διαφραγματοκήλη Τύπου III & IV

- III: Συνδυασμός των τύπου I και II

ΓΟΣ και θόλος στον θώρακα

(συνήθως αποτελεί εξέλιξη της τύπου I)

Κ.Ε: όπως οι τύπου I ή/και II - Κίνδυνος συστροφής στομάχου

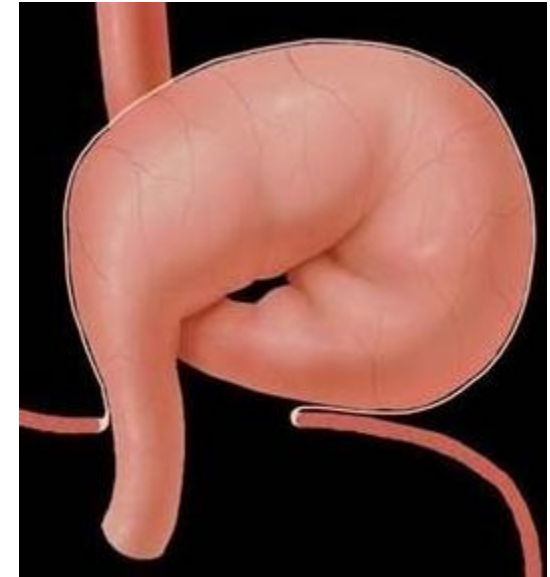
- IV: Προπίπτει και άλλο όργανο:

(κόλον, σπλήνας, λεπτό έντερο)

Οι II, III, IV λέγονται «**παραοισοφαγικές**»



Διαφραγματοκήλη Τύπου III



Συστροφή του στομάχου στο θώρακα



Διαφραγματοκήλη Τύπου IV



Συστροφή στομάχου και πρόπτωση παχέος εντέρου



Διαφραγματοκήλη

- Οι **συμπτωματικές** διαφραγματοκήλες πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά
- Οι **ασυμπτωματικές** τύπου II, III, IV πρέπει να χειουργούνται (?)
 - Θνητότητα 50% επί στραγγαλισμού
 - Πάντοτε προηγούνται πρόδρομα συμπτώματα



ΓΟΠ - Διάγνωση

- Οισοφαγοσκόπηση – Βιοψία
 - pH-μετρία
 - Εμπέδησιομετρία (Πληθυσμογραφία)/ pHμετρία
 - Πλανιμετρία ??
-
- Μανομετρία
 - Βαριούχο γεύμα
 - Δοκιμαστική αγωγή PPI (Συναίνεση Μόντρεαλ)

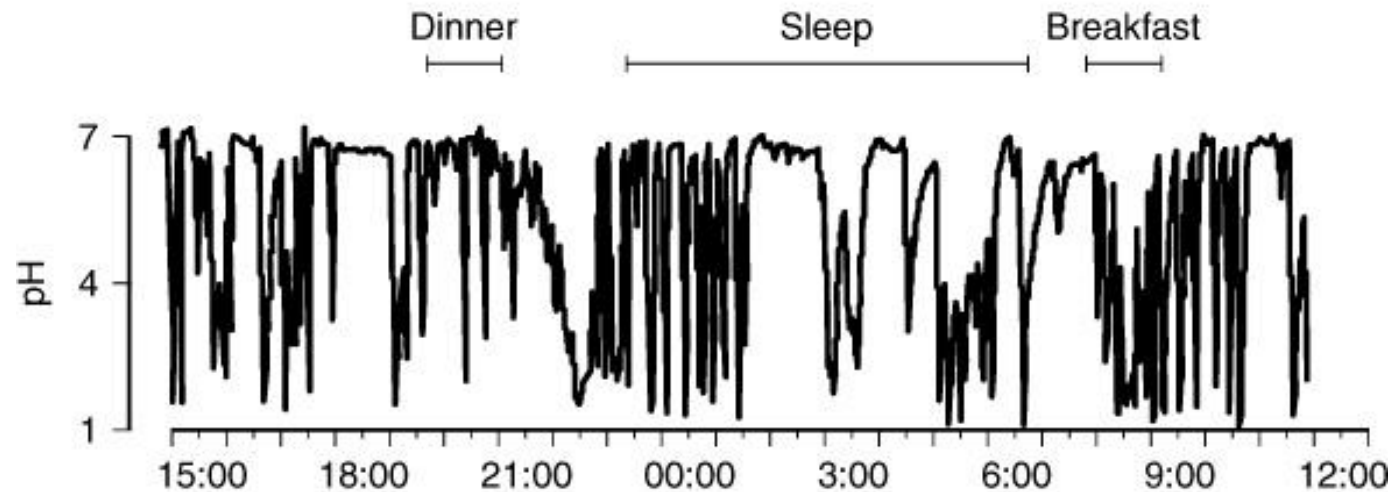
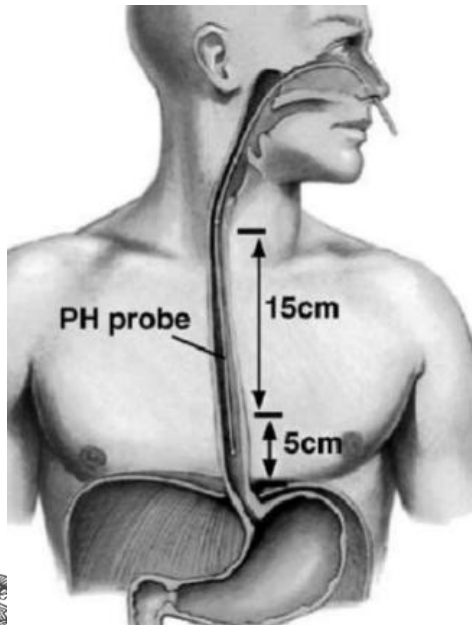
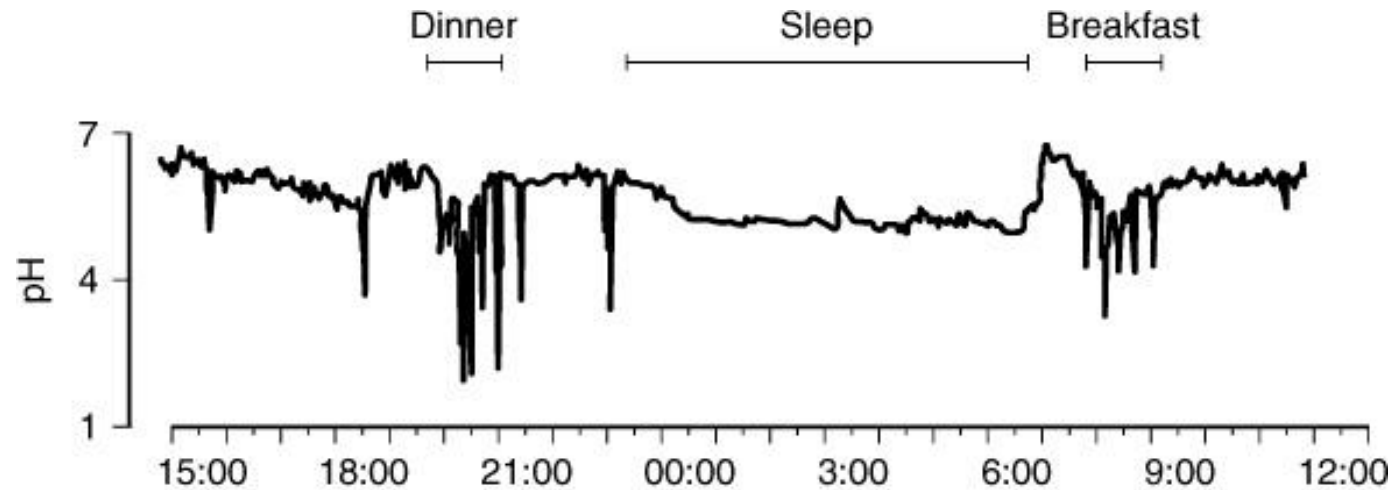


Οισοφαγίτιδα-Ταξινόμηση Los Angeles

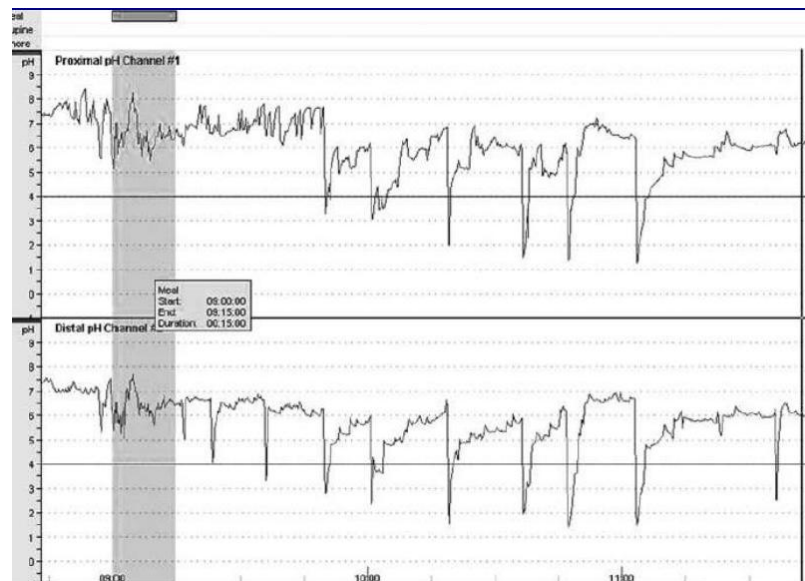
Grade	
A	Λύσεις της συνεχείας του βλεννογόνου μήκους ≤ 5 mm που δεν εκτείνονται μεταξύ των κορυφών 2 βλεννογονικών πτυχών
B	Λύσεις της συνεχείας του βλεννογόνου μήκους > 5 mm που δεν εκτείνονται μεταξύ των κορυφών 2 βλεννογονικών πτυχών
C	Λύσεις της συνεχείας του βλεννογόνου που εκτείνονται μεταξύ των κορυφών 2 ή περισσότερων βλεννογονικών πτυχών και σε $< 75\%$ της περιφέρειας του οισοφάγου
D	Λύσεις της συνέχειας του βλεννογόνου (διαβρώσεις) που εκτείνονται σε $> 75\%$ της περιφέρειας του οισοφάγου



24ωρη pH-μετρία



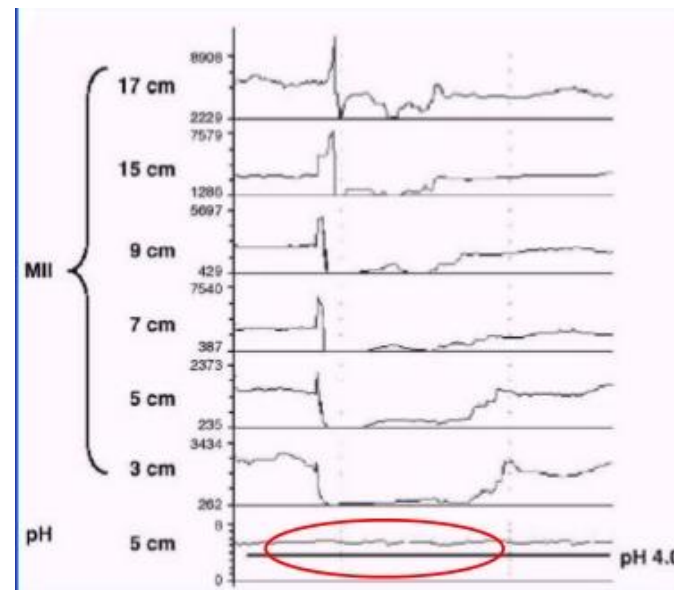
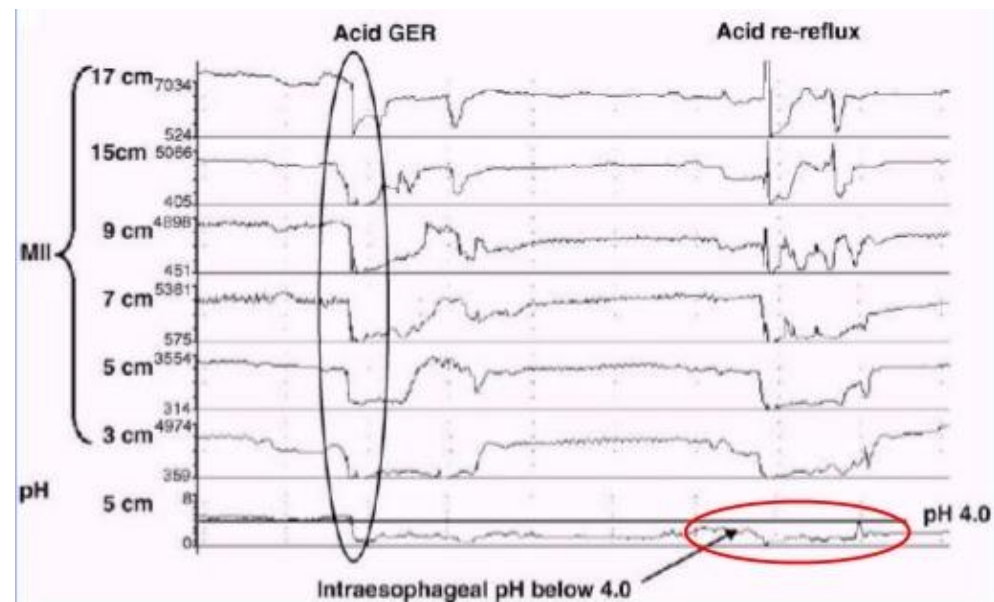
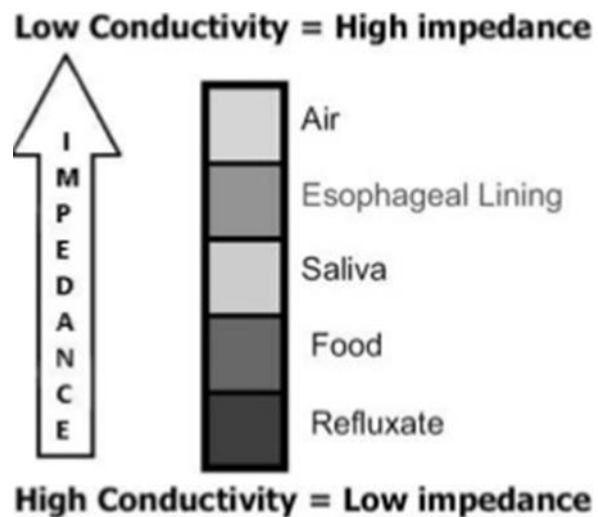
- 96ωρη pH-μετρία



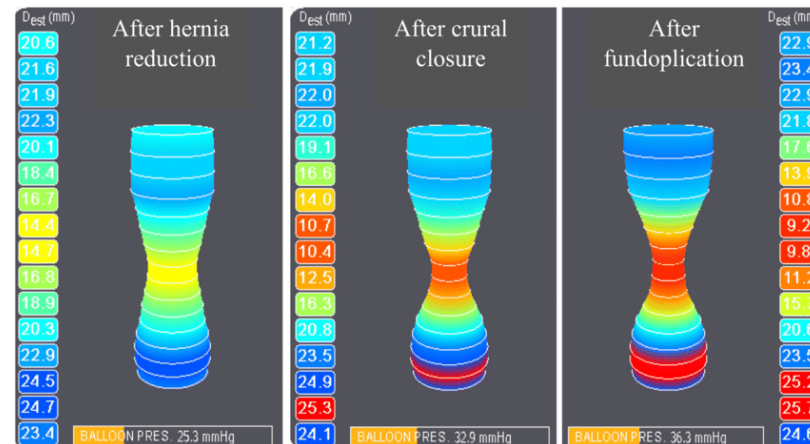
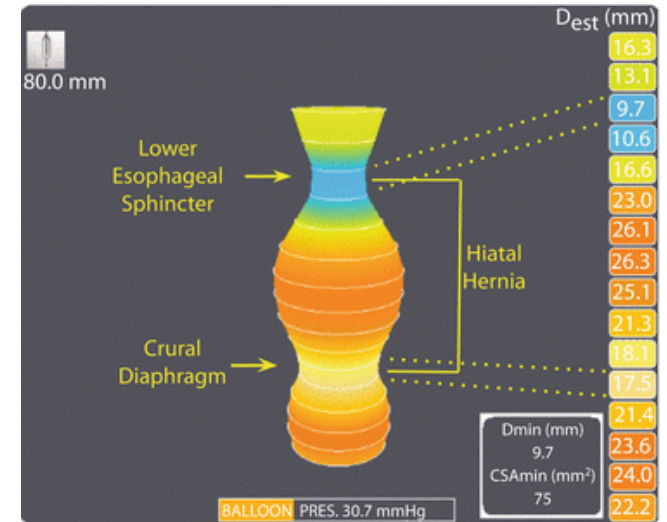
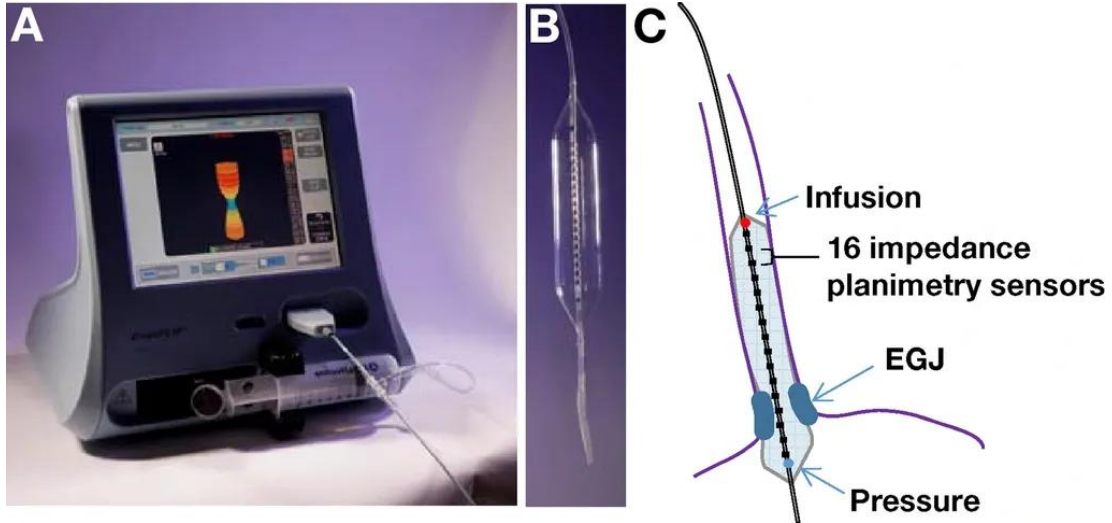
	Mean	SD	Median	Minimum	Maximum	95%
Total time at pH < 4 (%)	1.5	1.4	1.2	0	6.0	4.5
Upright time at pH < 4 (%)	2.2	2.3	1.6	0	9.3	8.4
Supine time at pH < 4 (%)	0.6	1.0	0.1	0	4.0	3.5
Number of reflux episodes	19.0	12.8	16.0	2.0	56.0	46.9
Number of episodes 5 min	0.8	1.2	0	0	5.0	3.5
Longest episode (min)	6.7	7.9	4.0	0	46.0	19.8
Composite score	6.0	4.4	5.0	0.4	18.0	14.7



Εμπεδησιομετρία - pHμετρία (MII – pH)



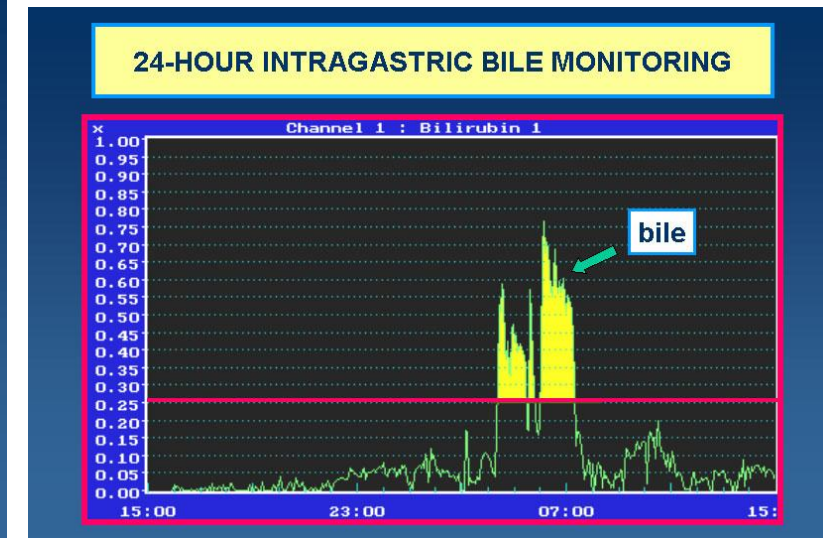
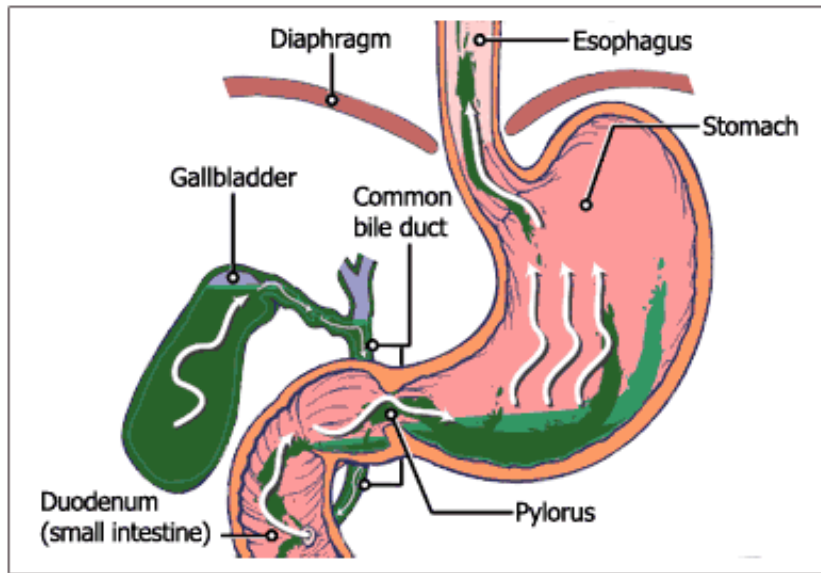
Πλανιμετρία - Endoflip



Bili Tech

Καθετηριασμός οισοφάγου με φασματοφωτόμετρο
απορρόφηση στα **450 nm** - χολερυθρίνη

Παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου (χολής)



Εμπειρική Αντιμετώπιση ΓΟΠΝ

- Αποφυγή αεριούχων ποτών
- Αποφυγή υδαρών τροφών (σούπες)
- Τροποποίηση τρόπου ζωής (κατάκλιση 2-3 ώρες μετά το γεύμα)
- Ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού

- Αποφυγή καπνίσματος
- Απώλεια βάρους
- Αποφυγή καρυκευμάτων, σοκολάτας, λιπαρών, καφέ & αλκοόλ.

- ΟΤC αγωγή

Αποτελεσματική (?) σε ήπια νόσο



Θεραπεία ΓΟΠΝ

- PPIs – Αντιεκκριτική αγωγή
 - 90% επούλωση οισοφαγίτιδας
- Αντιπαλινδρομική επέμβαση
 - Νεαρό ηλικίας
 - Αποτυχία συντηρητικής αγωγής
 - Ατυπία κλινικής εικόνας→ αποτυχία φαρμακευτικής αγωγής
 - Επιπλεγμένη νόσος (στενώσεις κλπ)
- Barret : Συχνή ενδοσκοπική περιοδική παρακολούθηση



ΓΟΠΝ – Χειρ. αντιμετώπιση

1 Αποκατάσταση ενδοκοιλιακού μήκους οισοφάγου

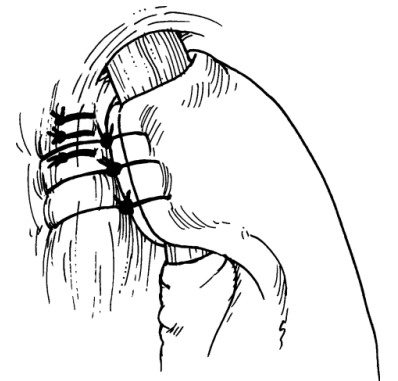
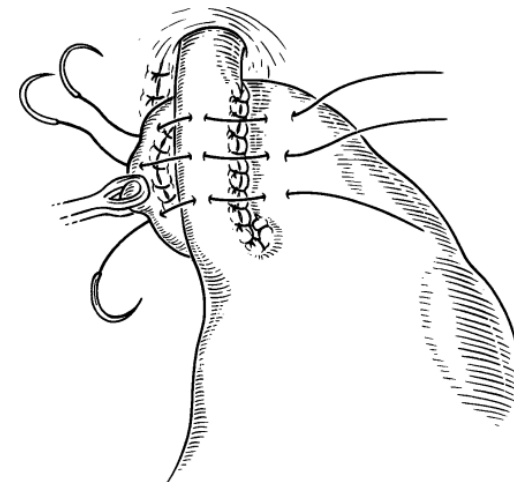
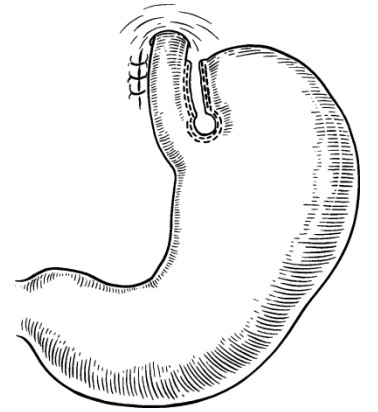
- Ανάταξη κήλης & κινητοποίηση οισοφάγου
- Βραχύς οισοφάγος: γαστροπλαστική Colis

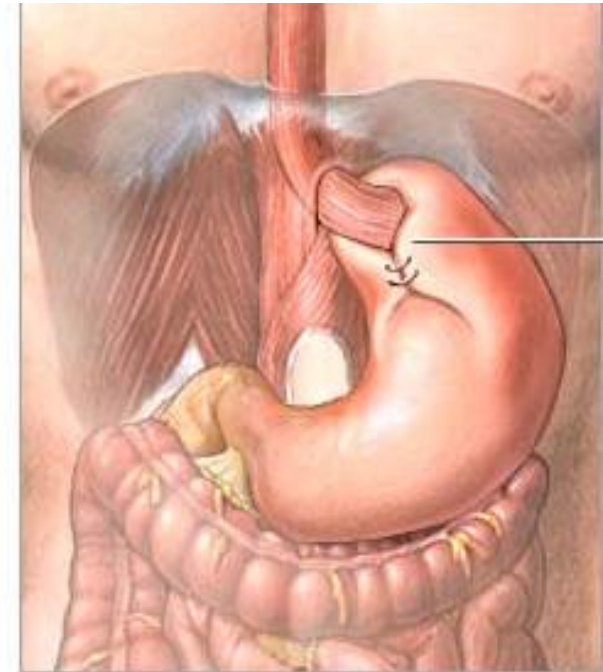
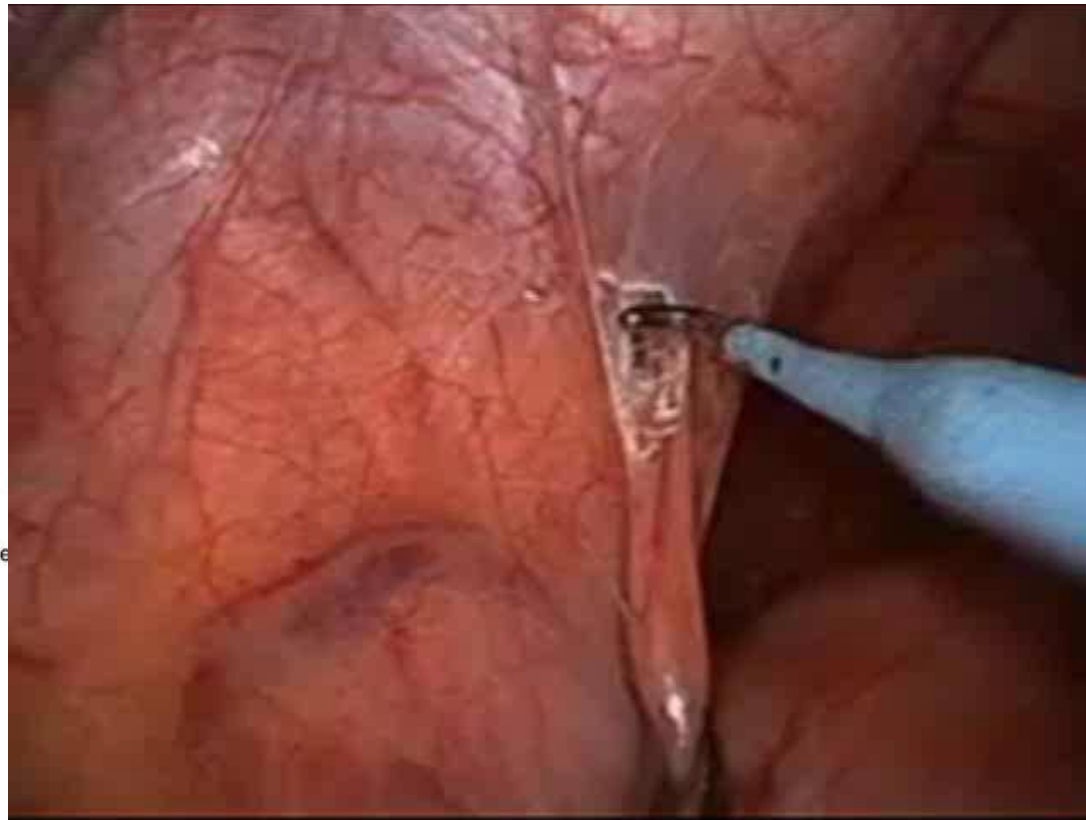
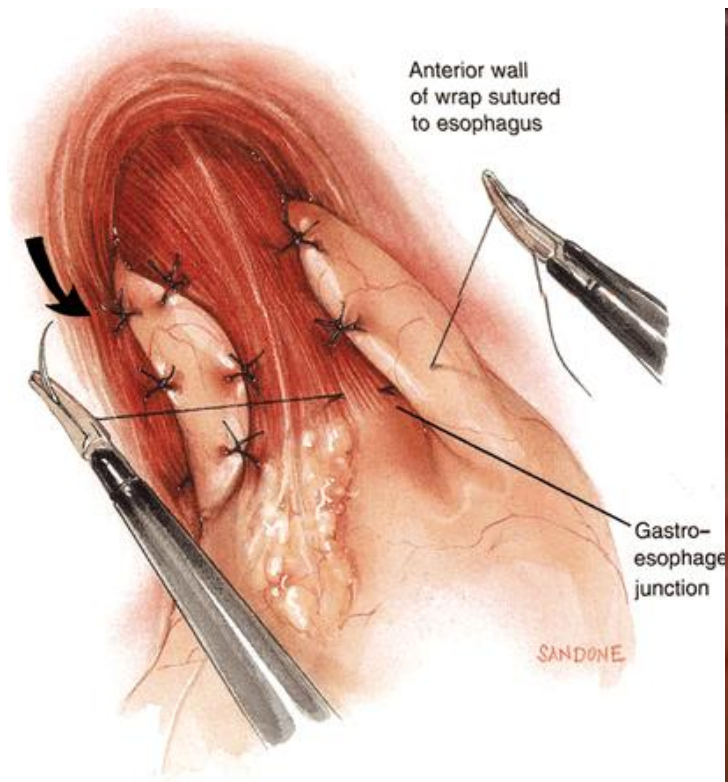
2 Αποκατάσταση Σκελών Διαφράγματος

- Συρραφή

3 Ενίσχυση ΚΟΣ: Θολοπτύχωση

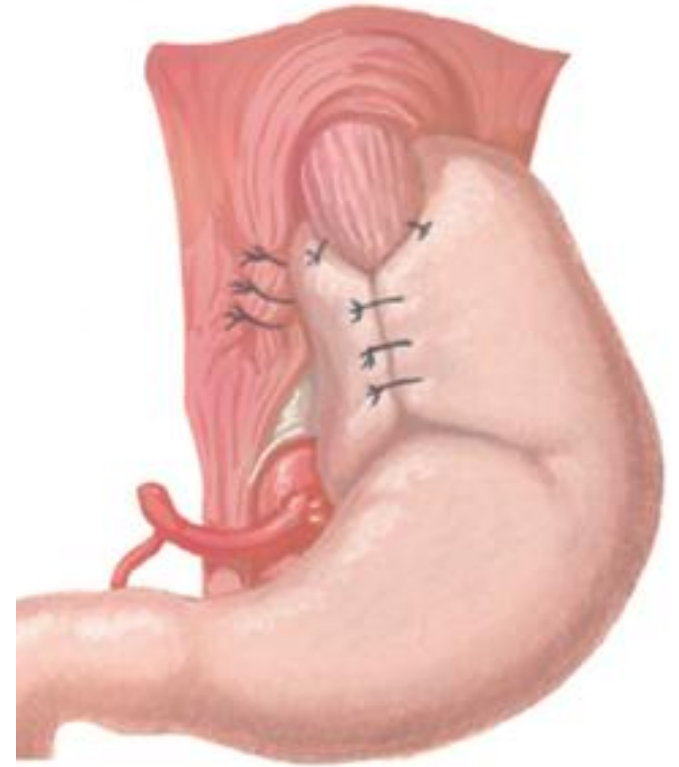
- Ολική θολοπτύχωση 360ο
- Μερική θολοπτύχωση
 - Πρόσθια
 - Οπίσθια





Δράση Θολοπλαστικής

- Συμπίεση οισοφάγου με γαστρική διάταση
- Ανακατασκευή της γωνίας του Hiss
- Αύξηση της βασικής πίεσης του ΚΟΣ
- Μείωση της πυροδότησης TLESR
- Μείωση της χωρητικότητας του θόλου: επιτάχυνση γαστρικής κένωσης



TLESR: Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation – Παροδική χάλαση ΚΟΣ κατά την αυτοκάθαρση



Επιπλοκές Θολοπτύχωσης

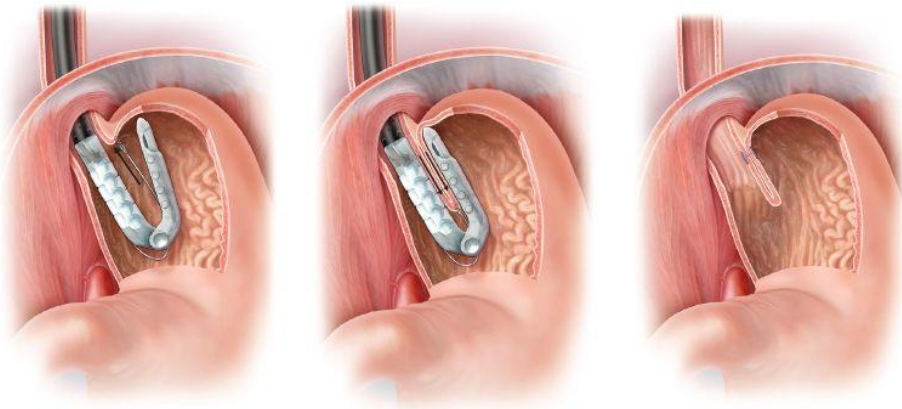


1. Δυσφαγία
2. Πρόωρος κορεσμός
3. Μετεωρισμός



Νέες Μέθοδοι

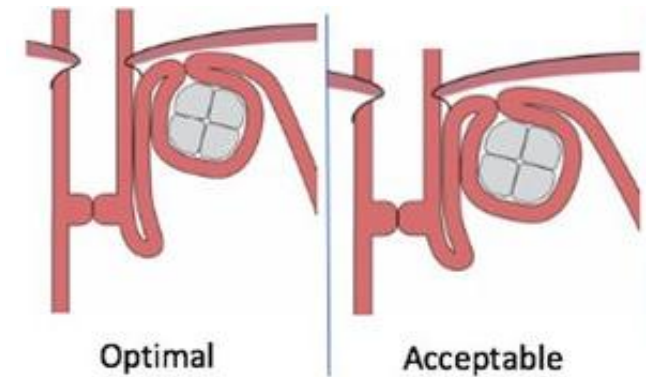
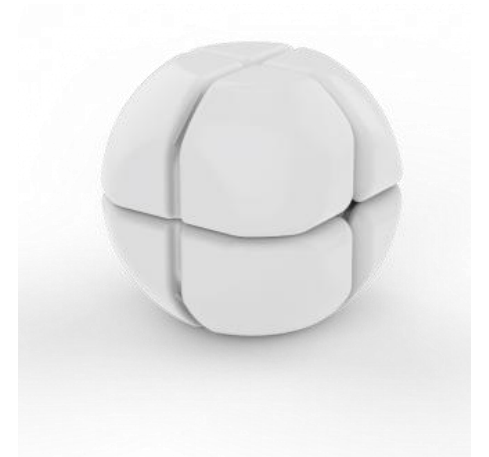
Esophyx II



LINX



Refluxstop



«Υπερλειτουργία» ΚΟΣ



Αχαλασία

T. Willis - Sir Arthur Hurst (Hertz) – A.T. Rake



PHARMACEUTICE
RATIONALIS
five
DIATRIBA
de
MEDICAMENTORUM

Operationibus in humano Corpore,

Auctore

THOMA WILLIS, M. D.

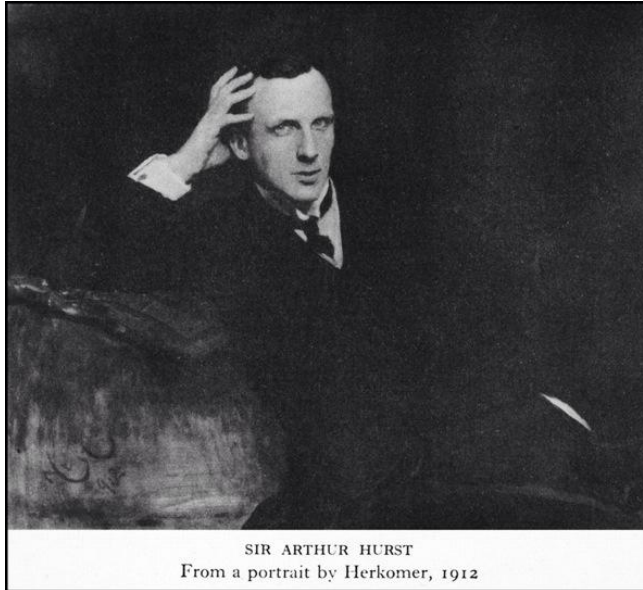
In Univ. Oxon. Prof. Sedleiano, Nec non Co. R.
Med. Lond. & Societ. Reg. Socio.

Editio postrema, prioribus emendatior.



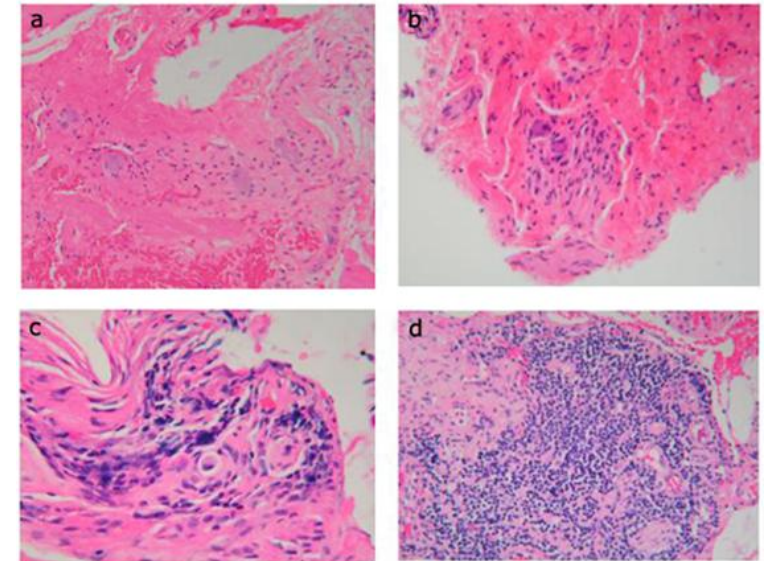
HAGÆ-COMITIS,

Ex Officinâ ARNOLDI LEERS, Bibliopolæ,
clō 10c LXXV.



SIR ARTHUR HURST
From a portrait by Herkomer, 1912

Hurst A: The treatment of achalasia of the
cardia: so-called 'cardiospasm'.
Lancet **1927**;1:618.



GI Motility online (May 2006) doi:10.1038/gimo22

COMBINED SUMMER MEETING, MAY 31, JUNE 1 AND 2, 1928.

LARYNGOLOGICAL SESSION, MAY 31, 1928.

Chairman—Mr. J. F. O'MALLEY, F.R.C.S.

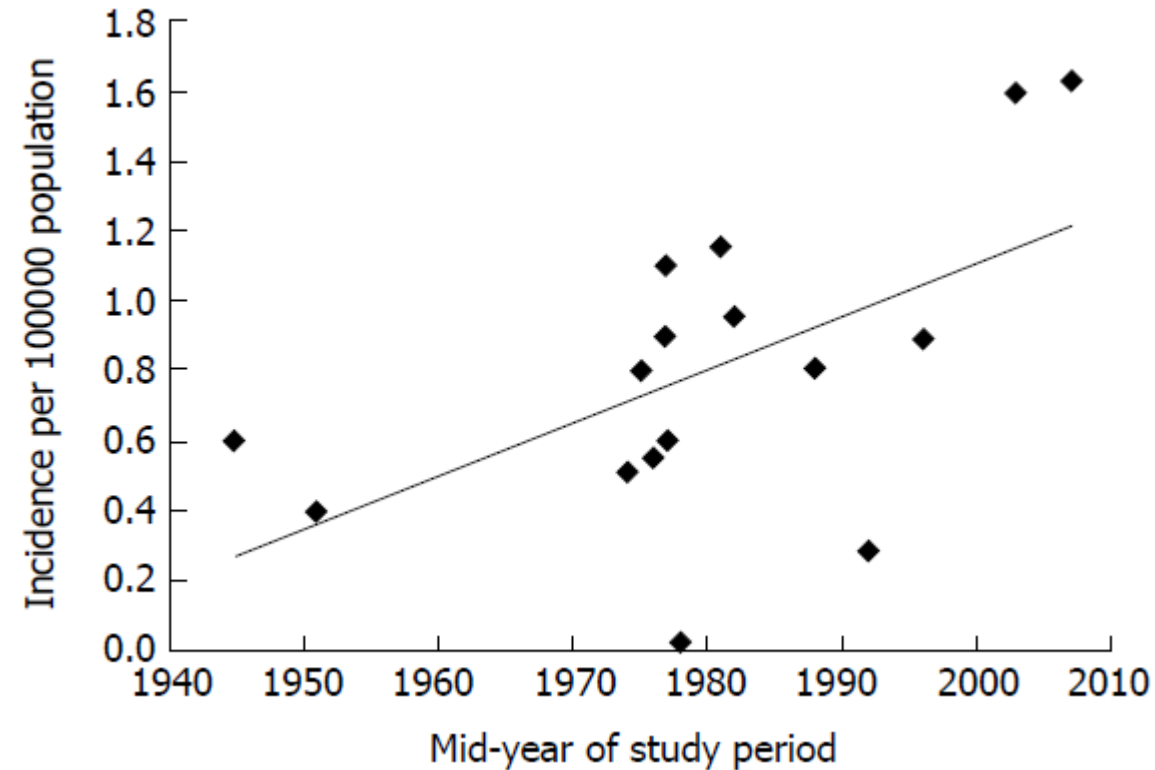
Achalasia and Degeneration of Auerbach's Plexus.

By A. T. RAKE, F.R.C.S.



Ι. Γ. Καραβοκυρός

Επιδημιολογικά δεδομένα



O'Neill OM et al (2013) Achalasia: A clinical and epidemiological review *World J Gastroenterol* 19: 5806-5812



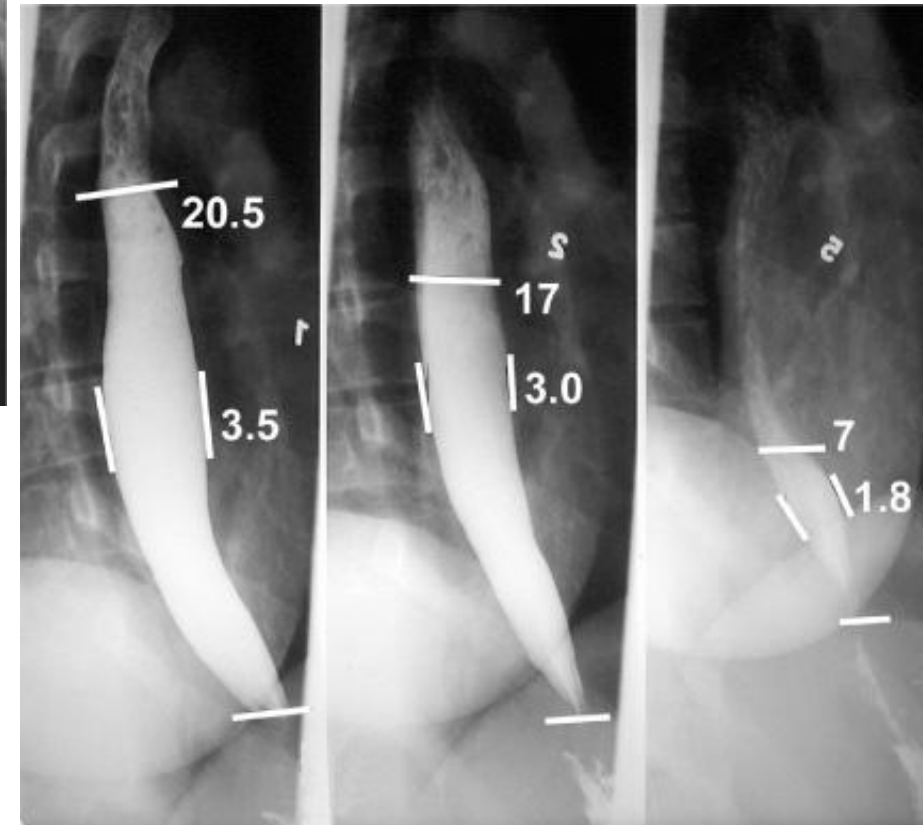
Κλινική Εικόνα

- Μεσήλικες;;
- $M = F$
- Δυσφαγία (παράδοξη);;
 - Μακρά γεύματα
 - Ειδικοί χειρισμοί κατά την κατάποση πχ Valsalva
 - Οπισθοστερνική δυσφορία
- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού ή «Βρ. Άσθμα»;;;
- Υποθρεψία;;;

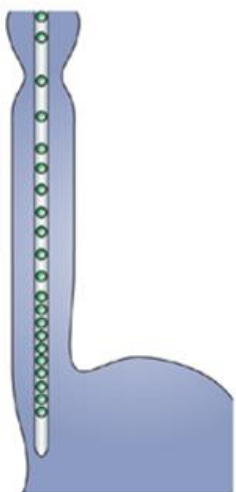


Αχαλασία - Διερεύνηση

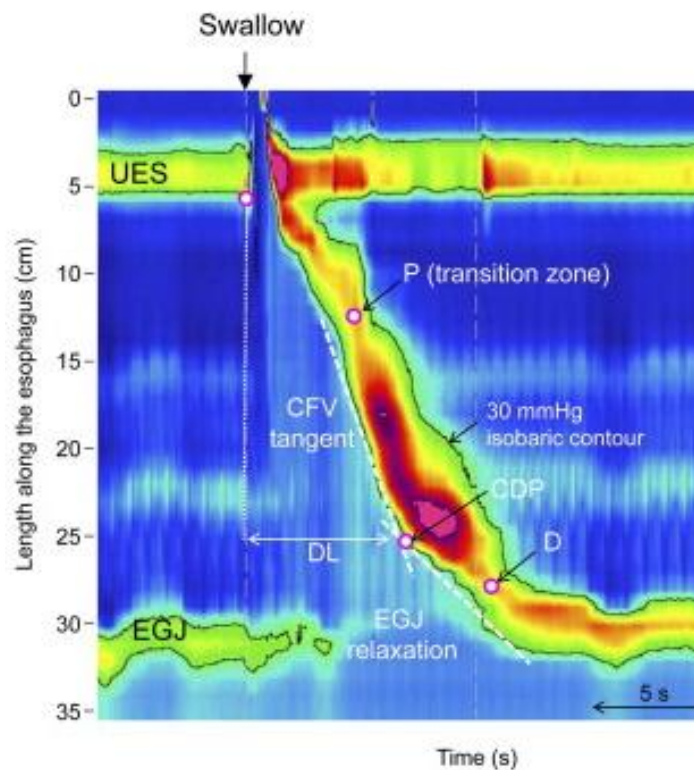
- Βαριούχο γεύμα
 - Απώλεια περισταλτισμού
 - Προστενωτική Διάταση
 - Συγκεντρική στένωση στον ΚΟΣ
 - Καθυστερημένη κένωση
- Οισοφαγосκόπηση
- Βιοψίες προς αποκλεισμό άλλων παθήσεων



Μανόμετρα Υψηλής Ανάλυσης High Resolution Manometry

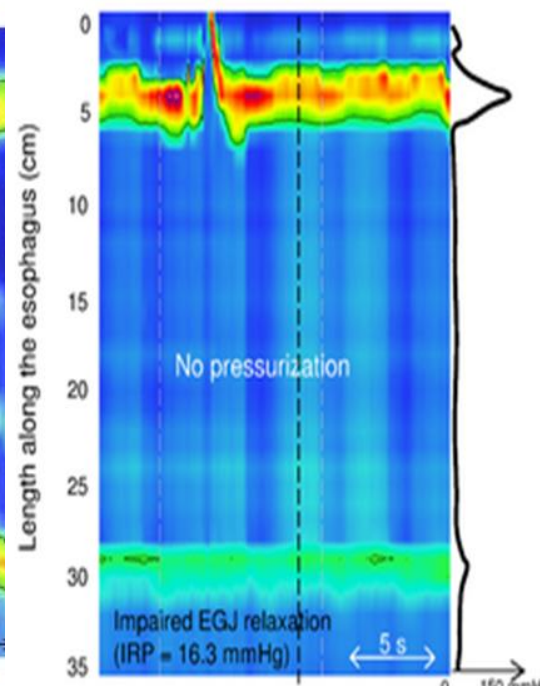


21-channel
high resolution
sidehole

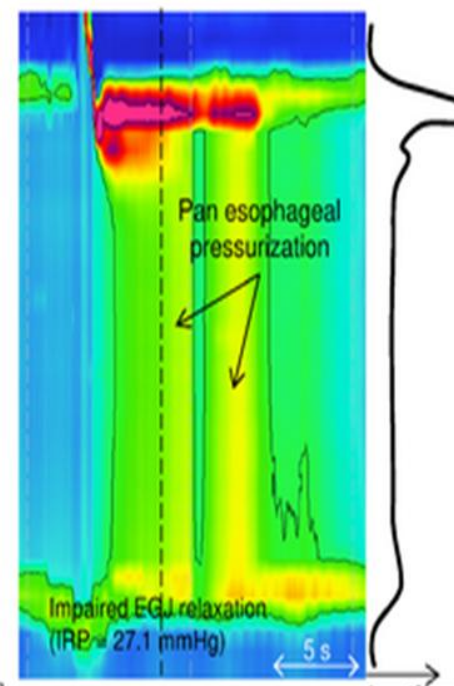


Normal

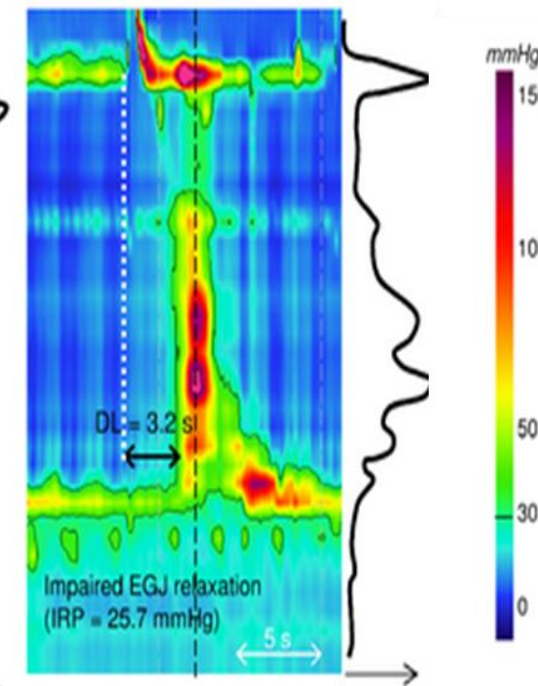
- Μανομετρία
 - Απώλεια περισταλτισμού
 - Μη χάλαση ΚΟΣ



I



II



III CC v3.0

Neurogastroenterology & Motility Volume 27, Issue 2, pages 160-174, 3 DEC 2014 DOI: 10.1111/nmo.12477
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nmo.12477/full#nmo12477-fig-0006>



Δυναμική Μανομετρία – CC v.3 (2014)

Αχαλασία Τύπου I (κλασική)	• Αυξημένη διάμεση IRP (>15 mmHg), • 100% απώλεια περισταλτισμού (DCI <100 mmHg·s·cm) <i>Ως έλλειψη περισταλτισμού θεωρούνται και οι πρώιμες συσπάσεις με DCI<45mmHg·s·cm</i>
Αχαλασία Τύπου II (με ανάπτυξη ενδοισοφαγικής πίεσης)	• Αυξημένη διάμεση IRP (>15 mmHg), • 100% απώλεια περισταλτισμού, • Ανάπτυξη πίεσης σε όλο τον οισοφάγο σε ≥20% των καταπόσεων <i>Οι συσπάσεις μπορεί να καλύπτονται από την ανάπτυξη πίεσης στον οισοφάγο Δεν πρέπει να υπολογίζεται το DCI</i>
Αχαλασία Τύπου III (σπαστική αχαλασία)	• Αυξημένη διάμεση IRP (>15 mmHg), • Απουσία φυσιολογικού περισταλτισμού • Πρώιμες συσπάσεις (σπασμοί) >45 mmHg·s·cm σε ≥20% των καταπόσεων <i>Μπορεί να συνυπάρχει με ανάπτυξη πίεσης σε όλο τον οισοφάγο</i>

CC: Chicago Classification,

DCI: Distal Contractile Integral: Ισχύς X διάρκεια X μήκος (mmHgXsXcm) της σύσπασης του περιφερικού οισοφάγου όταν υπερβαίνει τα 20 mmHg από τη ζώνη μεταπτώσης στο εγγύς όριο του ΚΟΣ,

IRP: Integrated Relaxation Pressure IRP (mmHg): Η μέση τιμή των 4'' της μέγιστης κατοποτικής χάλασης στο παράθυρο των 10'' αρχής γενομένης από τη χάλαση του ΑΟΣ. Μπορεί να φορά συνεχόμενα ή όχι χρονικά διαστήματα.

ΤΙΜΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ MANOSCAN SIERRA SCIENTIFIC.

Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, Gyawali CP, Roman S, Smout AJPM, Pandolfino JE and International HRM Working Group (2015) The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0.
Neurogastroenterology & Motility, 27: 160–174. doi: 10.1111/nmo.12477



Υποκειμενική Αξιολόγηση Βαρύτητας

Eckardt Score

Βαθμοί	Απώλεια βάρους	Δυσφαγία	Οπισθοστερνικό άλγος	Παλινδρόμηση
0	-	-		-
1	<5 kgr	Περιστασιακά	Περιστασιακά	Περιστασιακά
2	5-10kgr	Καθημερινά	Καθημερινά	Καθημερινά
3	>10kgr	Κάθε γεύμα	Πολλές φορές	Κάθε γεύμα

Gockel I, Junginger T, Bernhard G, Eckardt VF. (2004) Heller myotomy for failed pneumatic dilation in achalasia: how effective is it? *Ann Surg* 239:371-7.

ΔΕΝ συγκρίνουμε ασθενείς μεταξύ τους



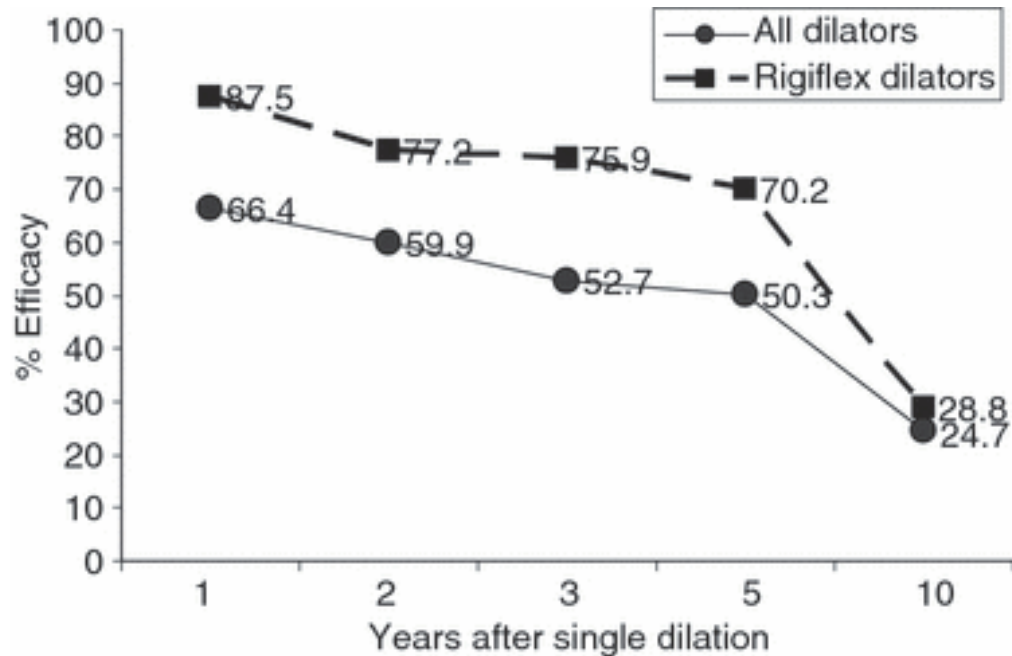
Αχαλασία – Συντ. Αντιμετώπιση

Η επιτυχής αντιμετώπιση των συμπτωμάτων **δεν** υποδηλώνει ύφεση νόσου

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1.Αναστολείς διαύλων Ca/Νιτρώδη - | αναποτελεσματικά |
| 2.Ενδοσκοπική ένεση Botox | – μικρή διάρκεια αποτελέσματος,
ανάπτυξη αντοχής
φλεγμονή – ίνωση |
| 3.Πνευματική Διαστολή | – <u>90% επιτυχία</u> Ø=4 εκ
2% κίνδυνος ρήξης |



Πνευματική Διαστολή



Katzka DA, Castell DO (2011) Review article: an analysis of the efficacy, perforation rates and methods used in pneumatic dilation for achalasia. *Aliment Pharmacol Ther* 34:832-839

Σύνολο Ασθενών	2497	
1 έτος	2154	1430 (66.4%)
2 έτη	1828	1095 (59.9%)
3 έτη	1879	991 (52.7%)
5 έτη	2104	1059 (50.3%)
10 έτη	1483	497 (24.7%)

Ασθενείς	Διατρήσεις	Χργ	Συντ
1771	41 (2%)	15 (1%)	23 (1%)

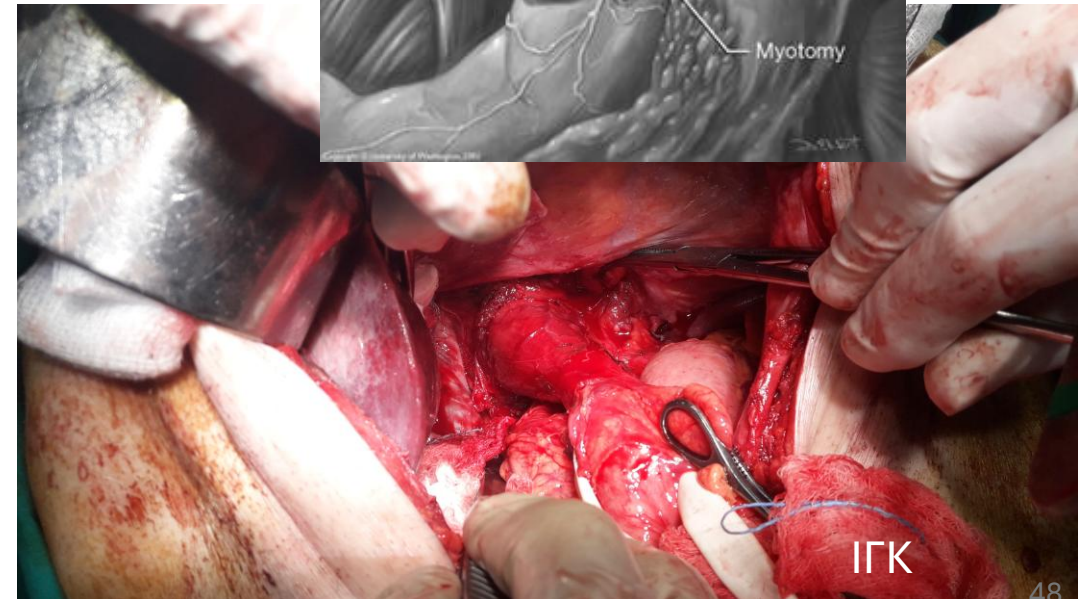
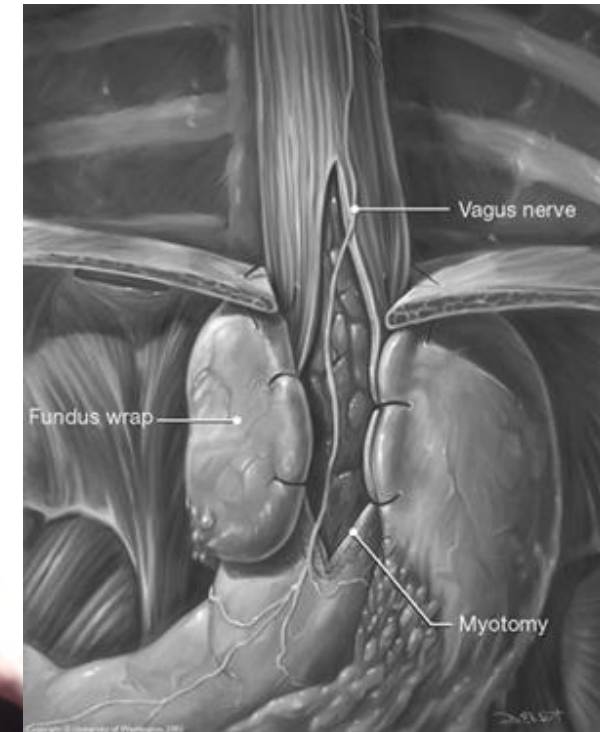
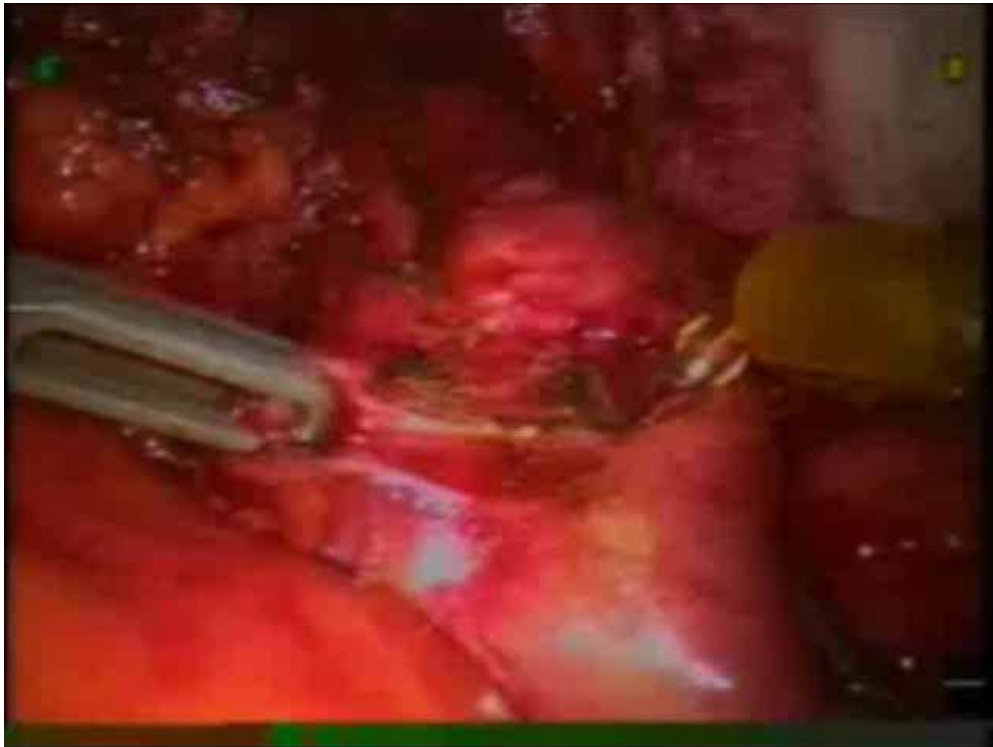
Παρενέργειες/ Ανεπιθύμητες ενέργειες:

- Ρήξη του οισοφάγου ($\varnothing \approx 3$ εκ 0,5-1%)
- ΓΟΠ / οπισθοστερνικό καύσος (4-40%)

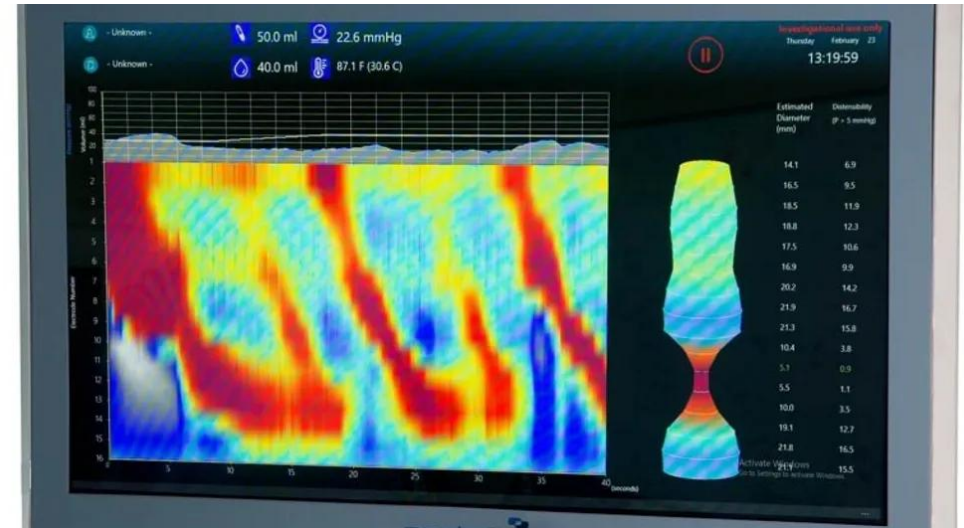
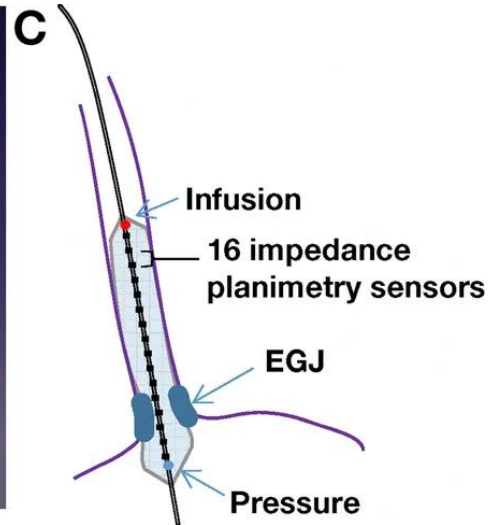
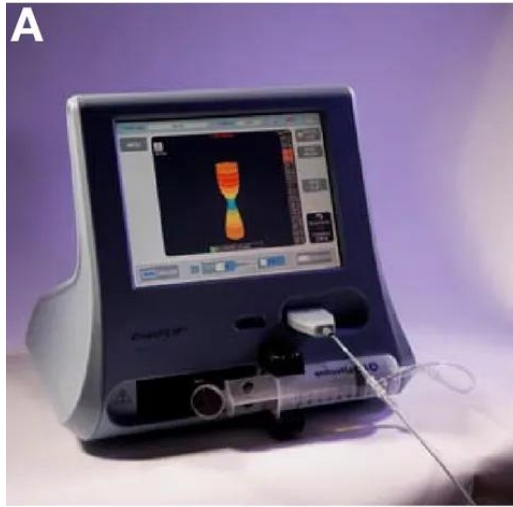


Αχαλασία – Χειρ. Αντιμετώπιση

- Καρδιομυοτομή Heller $\pm$ Θολοπλαστική



Πλανιμετρία - Endoflip



**Untreated
Achalasia**

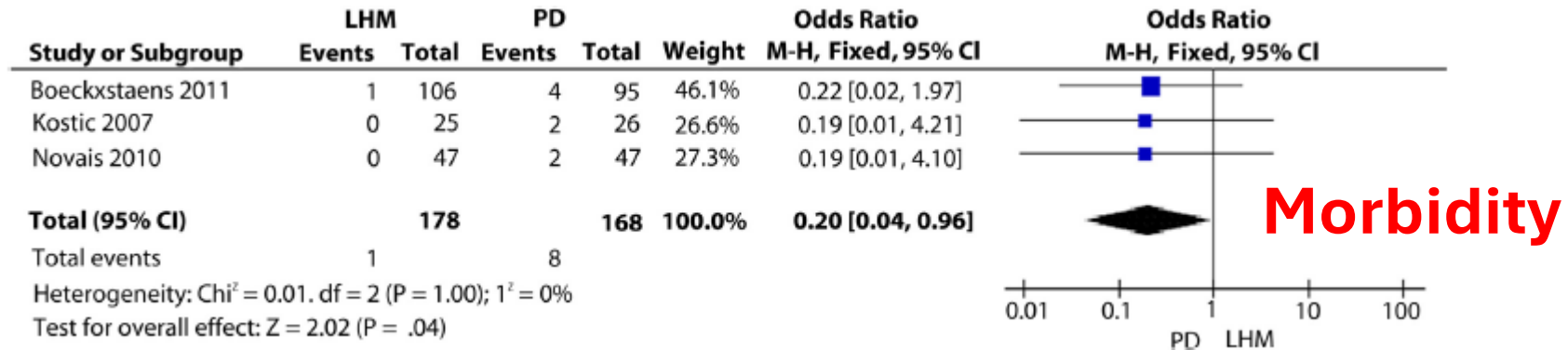
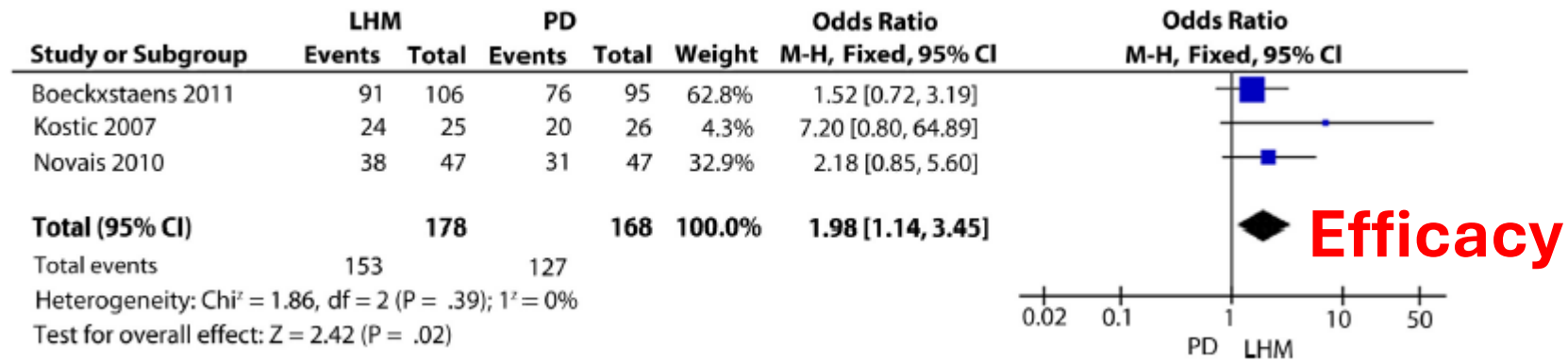


**Achalasia after
successful treatment**



Λ. Καρδιομυοτομή vs Διαστολή - Μετα-αναλύσεις

Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες

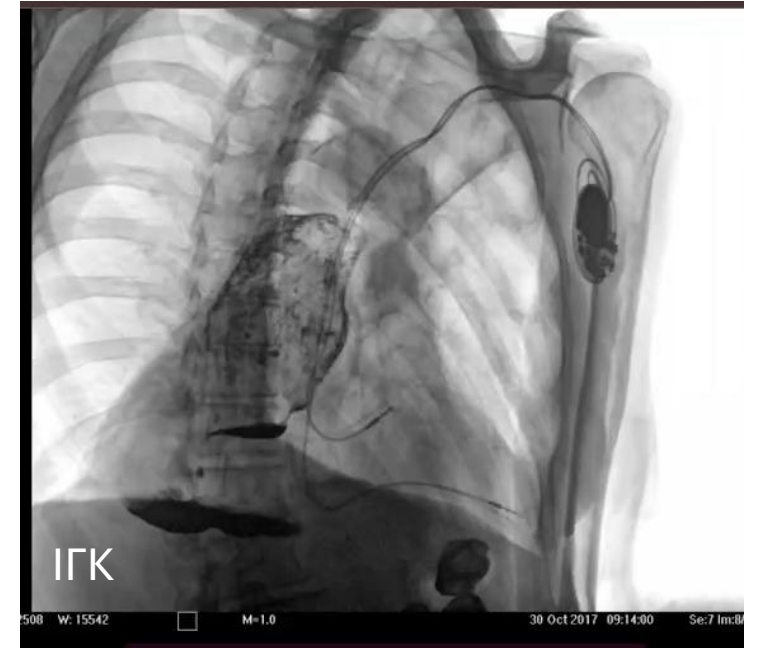
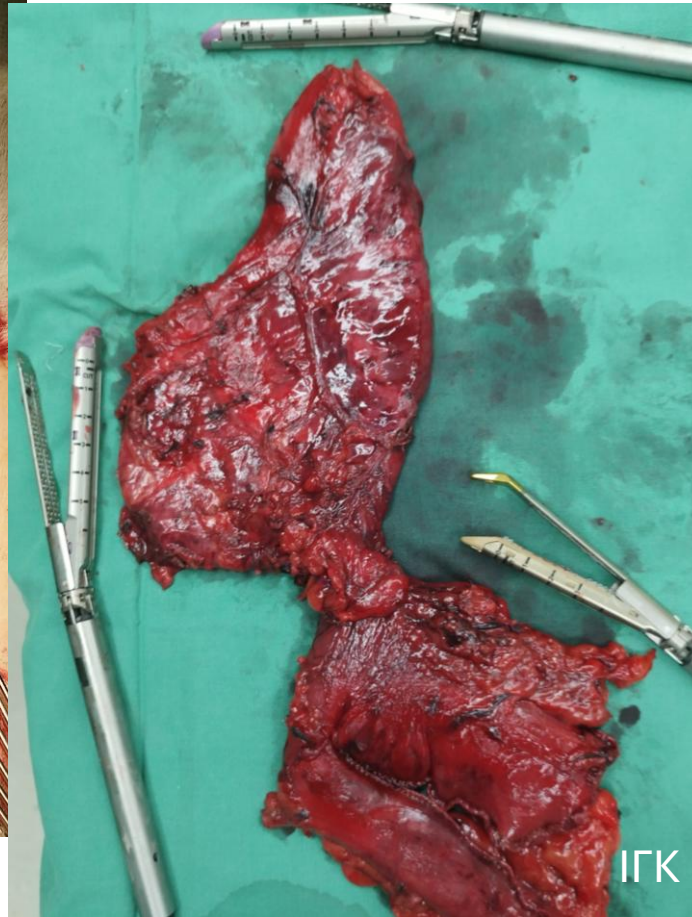


Yaghoobi M, Mayrand S, Martel M, Roshan-Afshar I, Bijarchi R, Barkun A. (2013) Laparoscopic Heller's myotomy versus pneumatic dilation in the treatment of idiopathic achalasia: a **meta-analysis** of randomized, controlled trials. *Gastrointest Endosc.* 78:468-75.

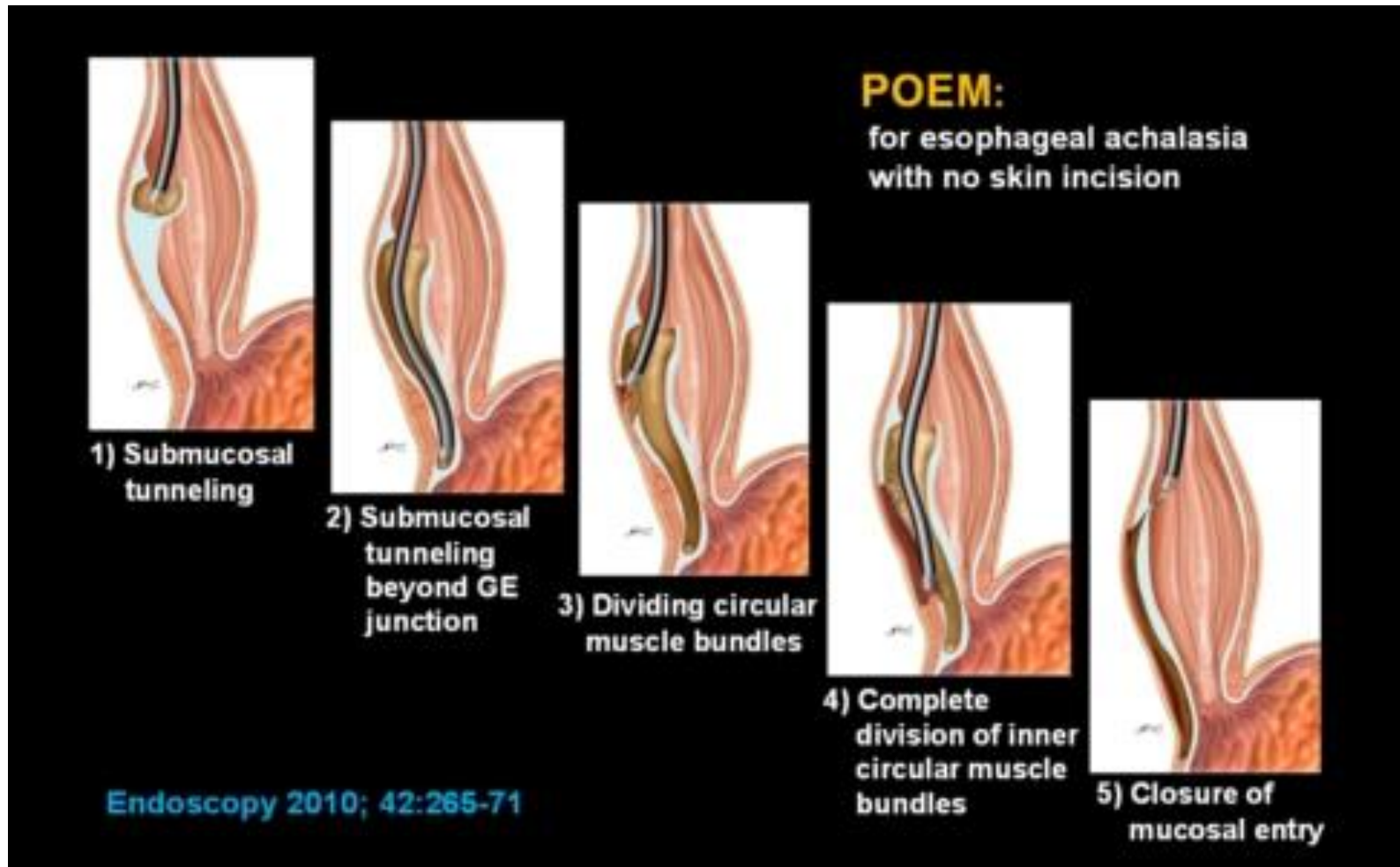
$(p < .01)$ $(p < .01)$
 Type II 96% > Type I 81% > Type III 66%



«Μεγαοισοφάγος» - Σιγμοειδής Οισοφάγος



Διαστοματική Ενδοσκοπική Μυοτομή



Επιπλοκές

ΥΔ εμφύσημα
Εμφύσημα μεσοθωρακίου
Πνευμοπεριτόναιο
Πνευμοθώρακας
Πλευριτική συλλογή
Πνευμονία

Τεχνικά δύσκολη - Εξοπλισμός



POEM

Ασθενείς	Φύλλο (Θ:Α)	Ηλικία (έτη)	BMI (kg/m ²)	Μήκος μυοτομής (cm)	Προηγηθείσα θεραπεία (n)	Follow-up (μ)
1122	592:530	46.7 ± 6.9	26.2 ± 2.1	10.4 ± 1.7	396	10.2 ± 7.4
	Διάρκεια (min)	Νοσηλεία (η)	Διαφυγές στο Μεσοθωράκιο (n)	Διαφυγές στο περιτόναιο (n)		
	99.3 ± 35.8	4.0 ± 1.9	3/1122 (0.3)	0/1122 (0)		
Υποκειμενικά αποτελέσματα			Pre-POEM Eckardt score	Post-POEM Eckardt score		
			6.8 ± 1.0	1.2 ± 0.6		
Αντικειμενικά αποτελέσματα	Pre-POEM TBE (column height at 5 min/% contrast clearance)	Post-POEM TBE (column height at 5 mins/% contrast clearance)	Pre-POEM LES pressure (mmHg)	Post-POEM LES Pressure (mmHg)		
	12.3 ± 3.2	2.5 ± 2.0	36.6 ± 15.7	12.3 ± 4.4		
ΓΟΠ	Pre-POEM συμπτώματα ΓΟΠΝ (n)	Post-POEM συμπτώματα ΓΟΠΝ (n)	Pre-POEM excess acid exposure (n)	Post-POEM έκθεση σε οξύ (n)	Pre-POEM ΓΟΠΝ οισοφαγίτιδα έλκος (n)	Post-POEM ΓΟΠΝ οισοφαγίτιδα έλκος (n)
	23/71 (32)	19/57 (33)		53/124 (43%)	0/47 (0)	-8/43 (19%)
Ανεπιθύμητα συμβάντα, Διατρήσεις, Νοσηλεία, Διάρκεια επέμβασης: ίδια με την LHM						

Patel, K et al (2016), Peroral endoscopic myotomy for the treatment of esophageal achalasia: systematic review and pooled analysis. *Dis Esophagus* 29: 807–819.



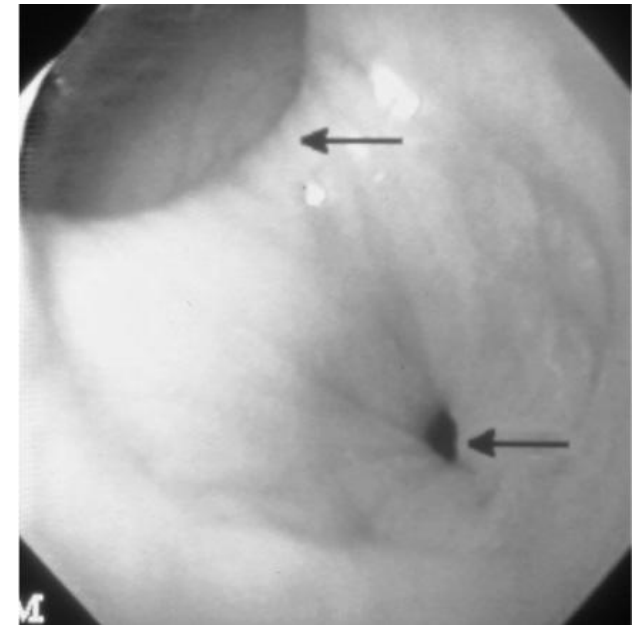
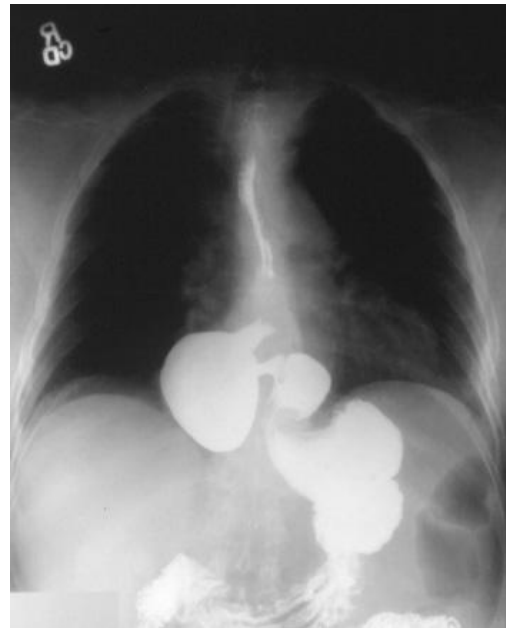
Συμπεράσματα

- Η διαστολή είναι αποτελεσματική και ασφαλής αλλά
- Τα αποτελέσματα του ΧΡΓ είναι διαρκέστερα
- Η ΡΟΕΜ απαιτεί υποδομή και δεξιότητα και προκαλεί ΓΟΠΝ αλλά είναι η αντιμετώπιση εκλογής σε αχαλασία τύπου III



Επιφρενικά Εκκολπώματα

- -10 εκ από ΓΟΣ πάντα με **συνυπάρχουσα** διαταραχή της κινητικότητας
- ΚΕ: Δυσφαγία, αναγωγές, άλγος θώρακα ή επιγαστρίου, έμετοι, απώλεια βάρους κλπ
- Διάγνωση:
 - Βαριούχο γεύμα
 - Μανομετρία
 - Οισοφαγοσκόπηση
- Αντιμετώπιση:
Εκκολπωματεκτομή και μυοτομή



ΥΠΕΡΤΟΝΙΑ ΑΟΣ



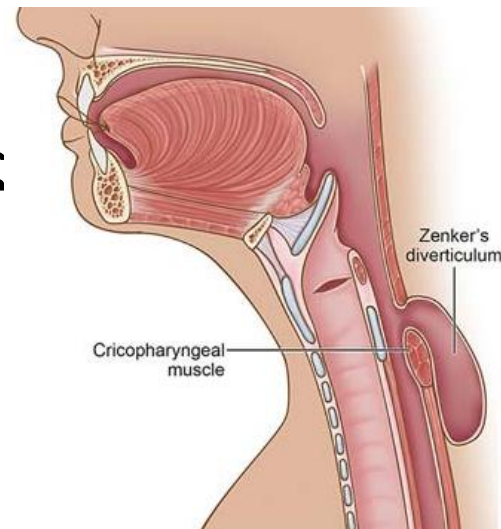
Εκκόλπωμα Zenker

Ατελής χάλαση του ΑΟΣ, προβολή δια του τριγώνου του Killian απέναντι από Α6-Α7

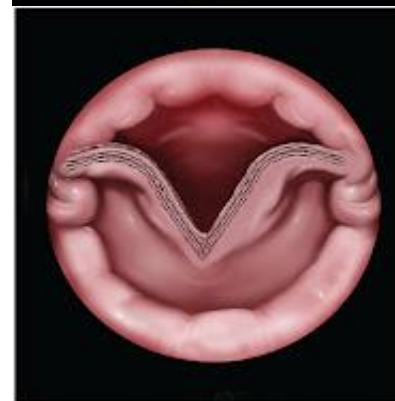
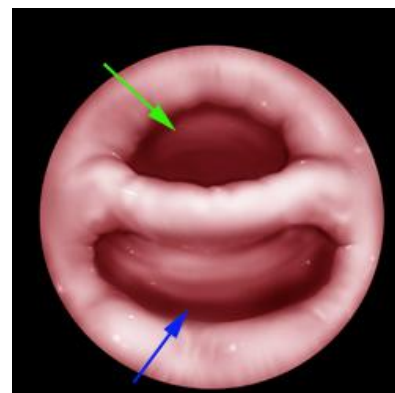
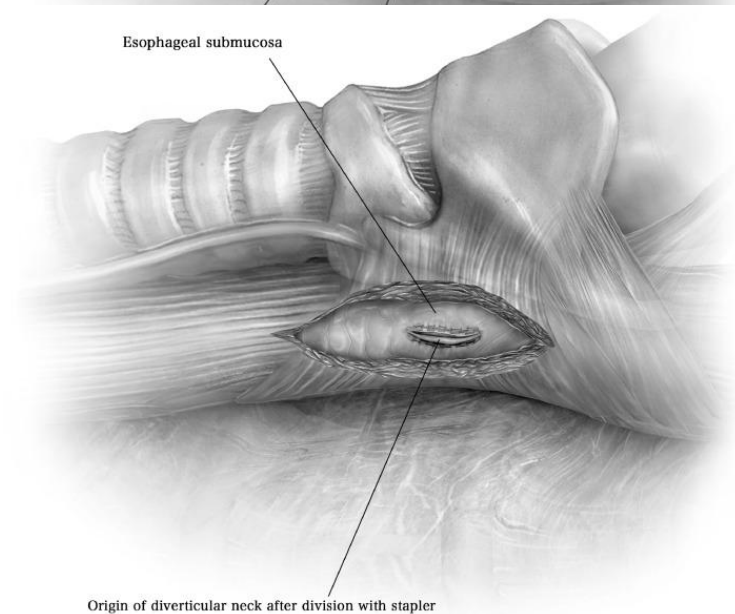
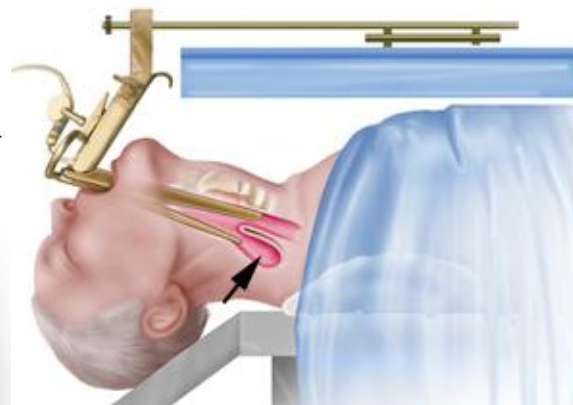
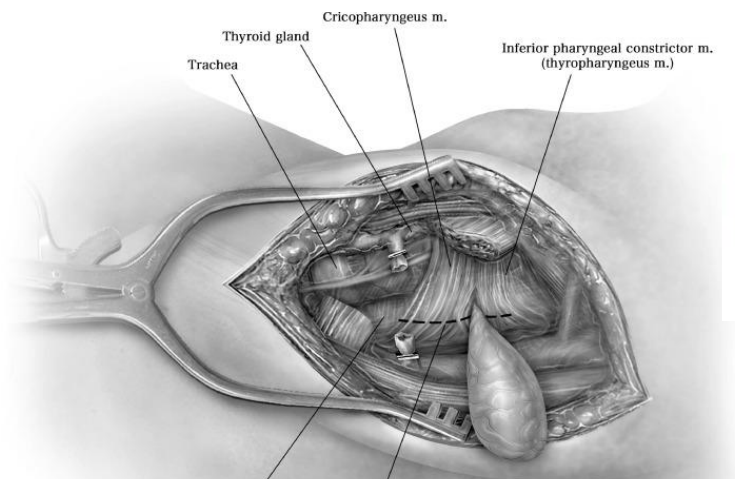
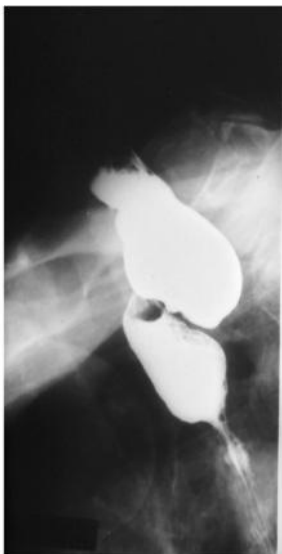
- >50 ετών
- Βήχας, σιελόρροια, διαλείπουσα δυσφαγία
- Θορυβώδης κατάποση, παλινδρόμηση άπεπτων τροφών, αλλαγή χροιάς φωνής, οπισθοστερνικό άλγος, αναπνευστικά προβλήματα.

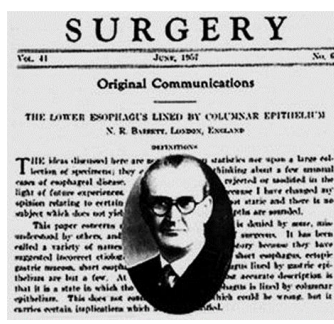
- Χειρισμοί για διευκόλυνση της κατάποσης

- Διάρρηση, αιμορραγία, εξαλλαγή



Εκκόλπωμα Zenker



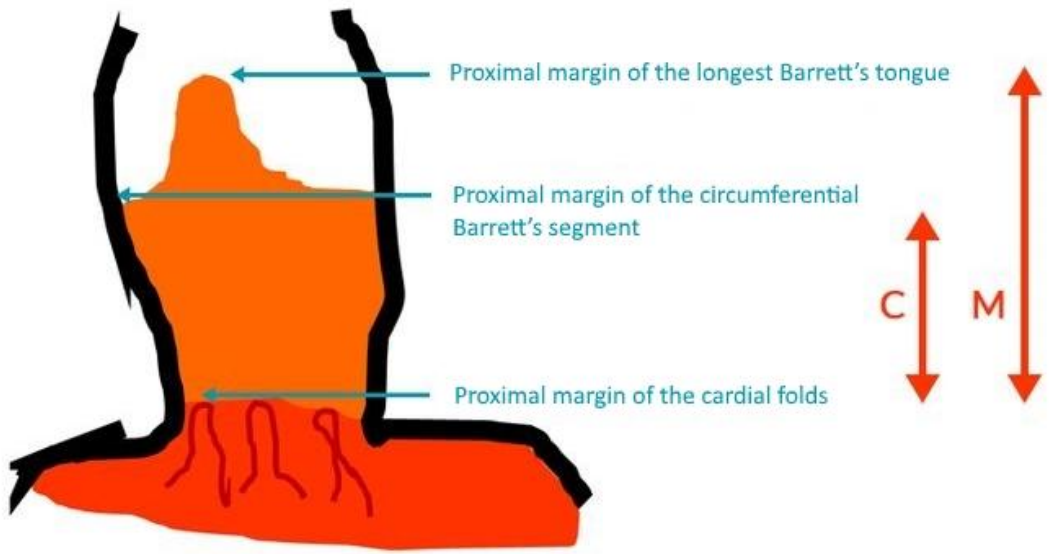
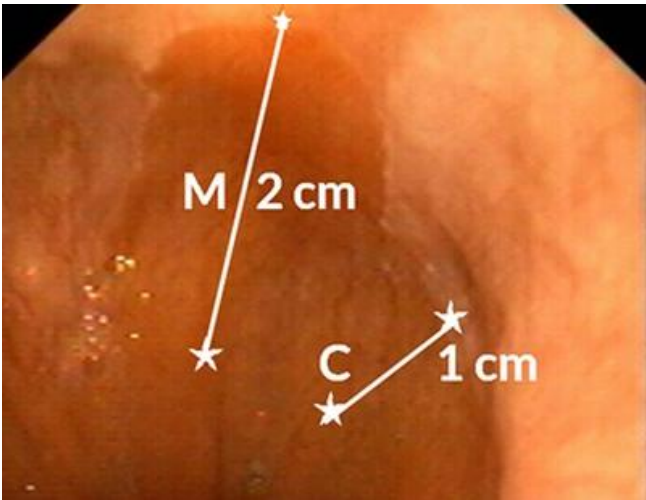


Οισοφάγος Barrett

- Αντικατάσταση του πολύστοιβου πλακώδους επιθηλίου με κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα (**εντερική μεταπλασία**)
- Ξεκινά περιφερικά και επεκτείνεται κεντρικότερα

Ταξινόμηση Πράγας

- Βραχύς – Μακρός **3εκ**



Οισοφάγος Barrett

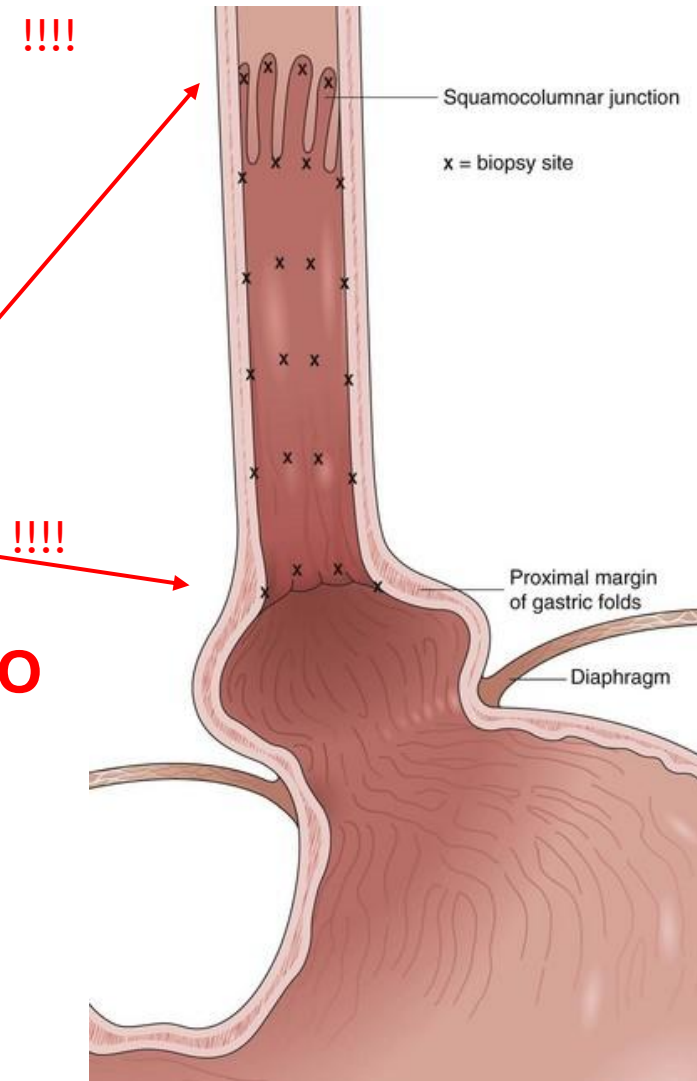
Seattle protocol

- Βιοψίες: 4 4μόρια / 2 εκ.
- 1 εκ. περιφερικά της ΓΟΣ
- → 1 εκ. κεντρικά της συμβολής πλακώδους – κυλινδρικού ε

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΙΣ ΑΤΕΚΜΗΡΙΩΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΙΟ

1 ΕΙΚΟΝΑ = 1000 ΛΕΞΕΙΣ

1 ΛΑΘΟΣ ΕΙΚΟΝΑ = 1000 ΛΑΘΟΣ ΛΕΞΕΙΣ



Οισοφάγος Barrett

- Χαμηλός κίνδυνος εάν **δεν υπάρχουν δυσπλαστικές** μεταβολές: βιοψίες ανά 3ετία
Ετήσια επίπτωση δυσπλασίας : περίπου 5%
- **Χαμηλού βαθμού** δυσπλασία: κάθε 6 μήνες για 1 χρόνο και έπειτα κάθε χρόνο
Επιπολασμός χαμηλόβαθμης δυσπλασίας : 15%-25%
- **Υψηλόβαθμη δυσπλασία** (επιβεβαίωση από 2^ο ανεξάρτητο παθολογοανατόμο)
 - Χ30-125 φορές κίνδυνος για διηθητικό αδενοκαρκίνωμα
 - 10-30% των ασθενών καρκίνος σε 5ετία**Επιπολασμός** υψηλόβαθμης δυσπλασίας : 5%.

Εντατική διερεύνηση
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



Αντιμετώπιση Οισοφάγου Barrett έως Χ.Δ.

- Δια βίου λήψη PPIs
 - Ύφεση συμπτωμάτων
 - Υποστροφή δυσπλαστικών και μη-δυσπλαστικών περιοχών
- Αντιπαλινδρομική επέμβαση
 - Θολοπλαστική Nissen 360°
 - Μερική θολοπλαστική (Toupet, Dor ή Belsey)
 - Γαστροπλαστική Collis & θολοπλαστική Nissen

Ασθενείς με οισοφάγο Barrett που αντιμετωπίζονται με αντιπαλινδρομική χειρουργική επέμβαση **πρέπει να συνεχίζουν την ενδοσκοπική παρακολούθηση**



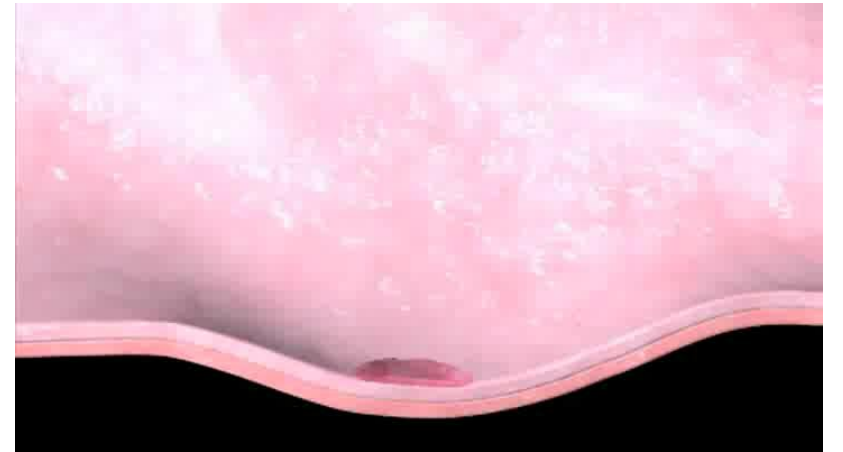
Υψηλόβαθμη Δυσπλασία

- Υψηλόβαθμη δυσπλασία: νεοπλασματική μεταβολή του επιθηλίου που **δεν** επεκτείνεται στο χόριο.
- Νεοπλασία που **επεκτείνεται** στο χόριο: ενδοβλεννογονικό αδενοκαρκίνωμα
- 3 θεραπευτικές στρατηγικές:
 - ~~Παρακολούθηση μέχρι την εμφάνιση καρκίνου !!!~~
Από τους ασθενείς που τίθενται σε παρακολούθηση
 - 25% εμφανίζει καρκίνο στους 18 μήνες,
 - 50% εμφανίζει καρκίνο στα 3 χρόνια και
 - σχεδόν 80% εμφανίζει καρκίνο στα 8 χρόνια
 - Αδιάγνωστος καρκίνος 38% - 73% παρά την σχολαστική τήρηση των πρωτοκόλλων
 - Ενδοσκοπική αντιμετώπιση
 - Οισοφαγεκτομή: διηθητικός καρκίνος σε χειρουργικά παρασκευάσματα που έχουν εξαιρεθεί για υψηλόβαθμη δυσπλασία σχεδόν 40%



Ενδοσκοπική αντιμετώπιση Οισοφάγου Barrett με Υψηλόβαθμη Δυσπλασία ή Πρώιμο Αδενοκαρκίνωμα

- Φωτοδυναμική θεραπεία (PDT)
- Κατάλυση με δέσμη πλάσματος αργού
- Κατάλυση με Κρυοπηξία
- Κατάλυση με Ραδιοσυχνότητες
- Ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή (EMR)
- Ενδοσκοπική βλενογοννο-υποβλεννογονεκτομή (ESD)

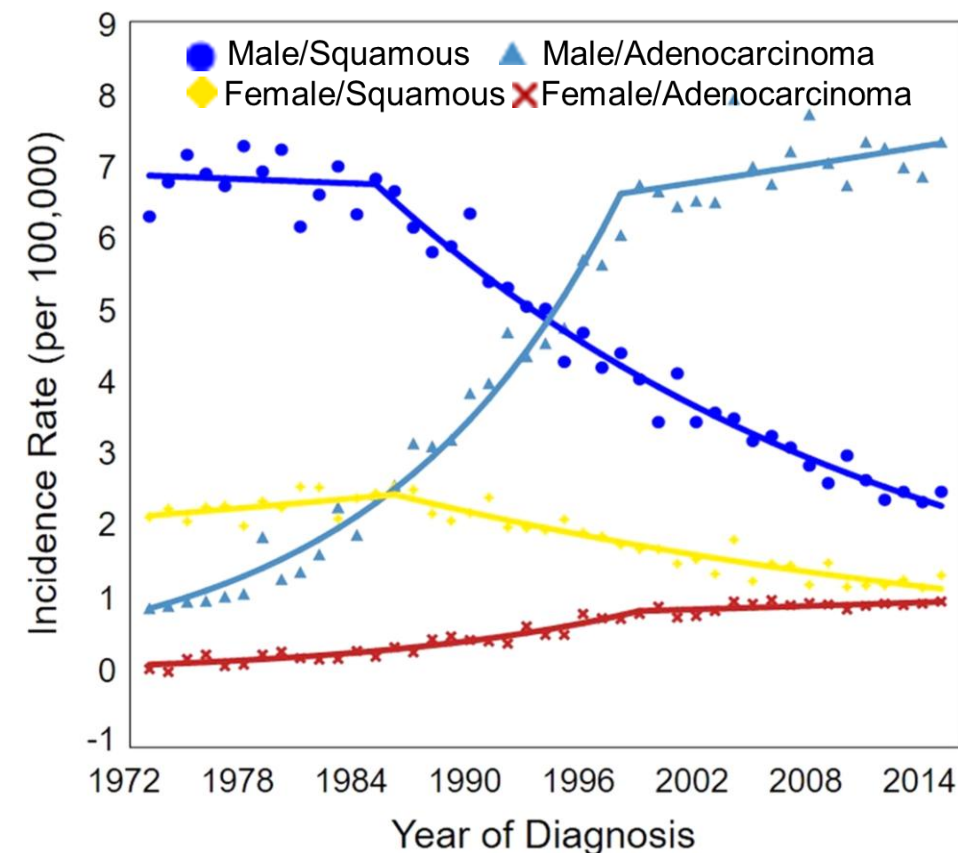
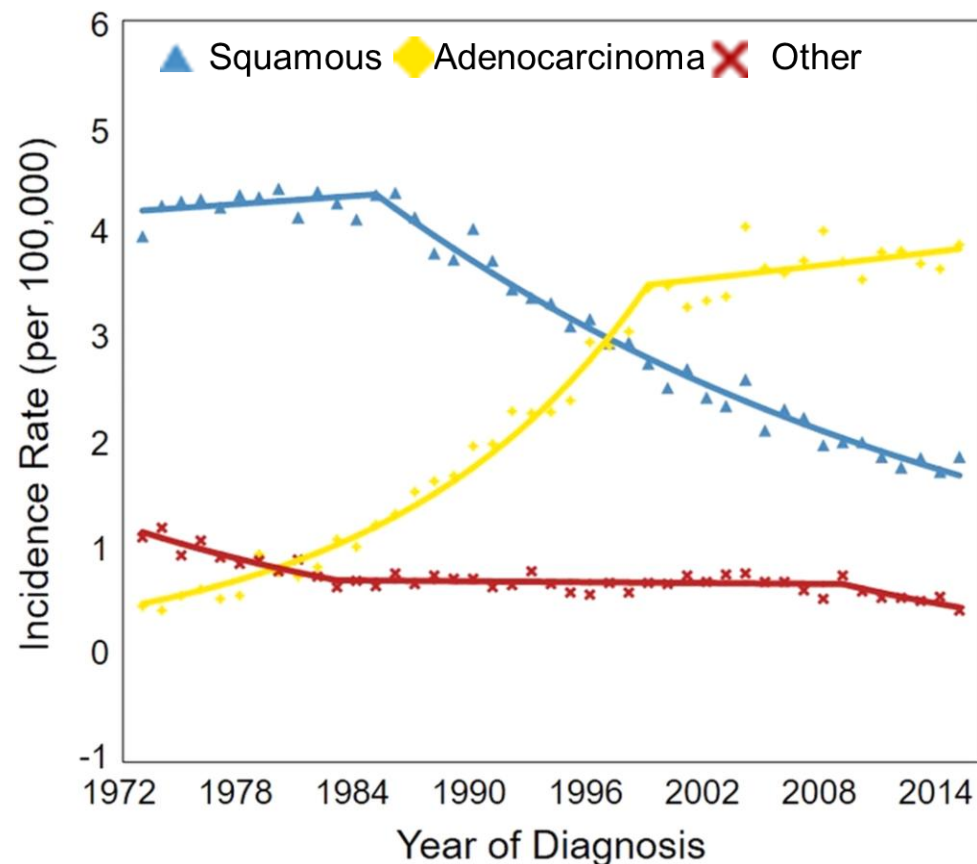


Καρκίνος Οισοφάγου

- Πλακώδες
- Αδενοκαρκίνωμα



Διαχρονική Μεταβολή Επίπτωσης



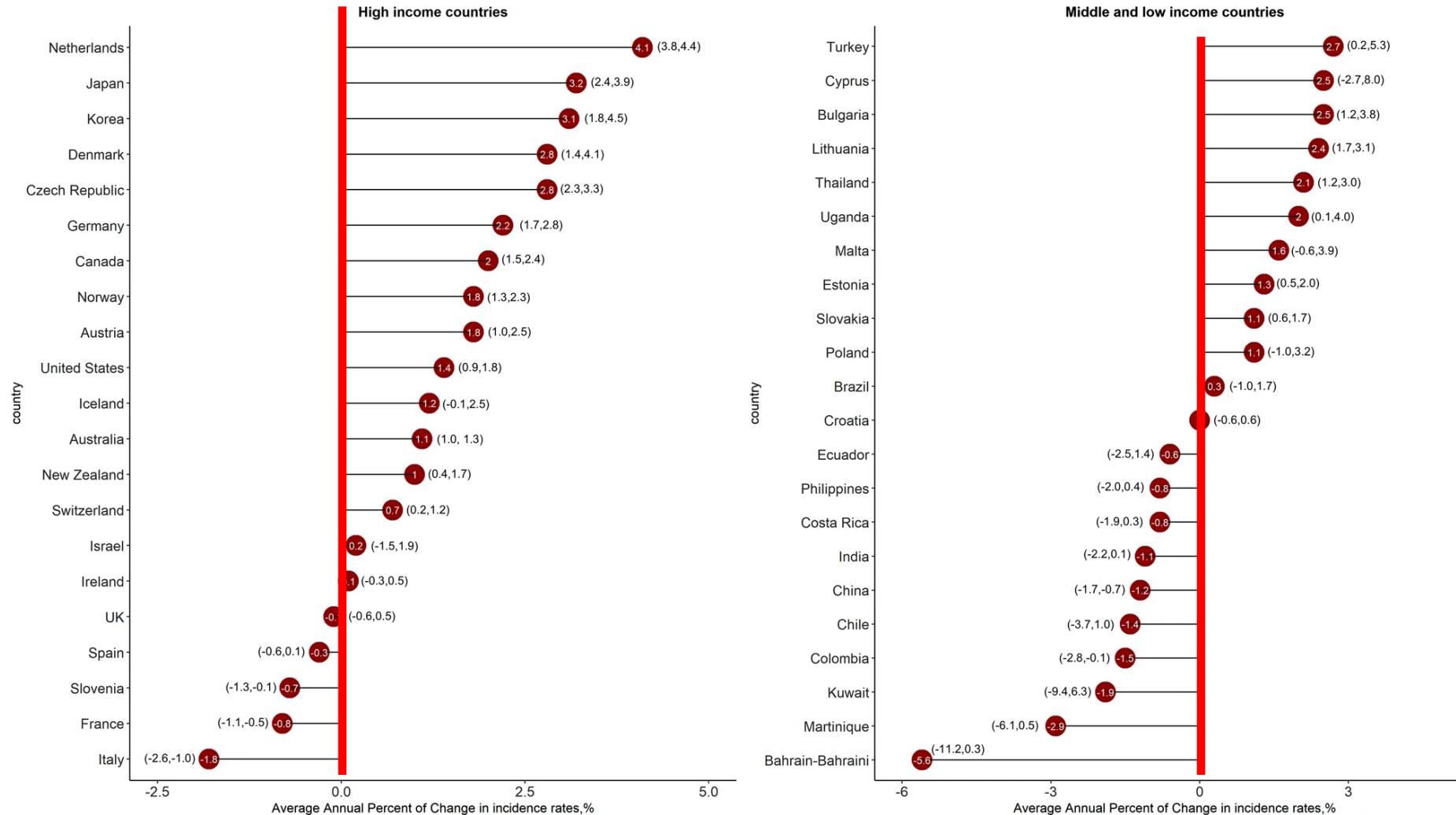
U.S. (1973–2015)

Το πλακώδες ελαττώνεται και το αδενοκαρκίνωμα αυξάνεται . Οι μεταβολές αφορούν περισσότερο τους άνδρες



Ι.Γ Καραβοκυρός

Εκτιμώμενη Ετήσια Αύξηση Επίπτωσης 1990-2012 (%, age standardized)



Καρκίνος της Καρδιοισοφαγικής

Nishi, 1973

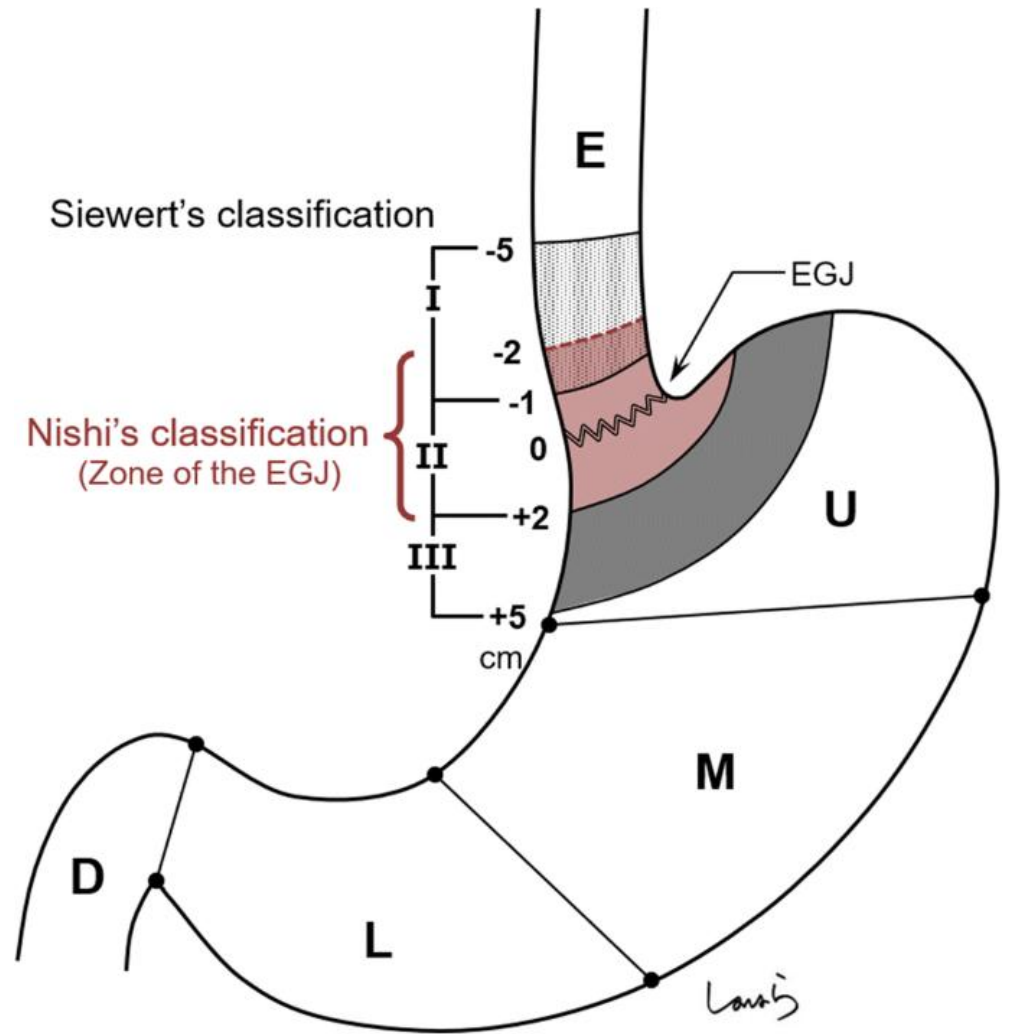
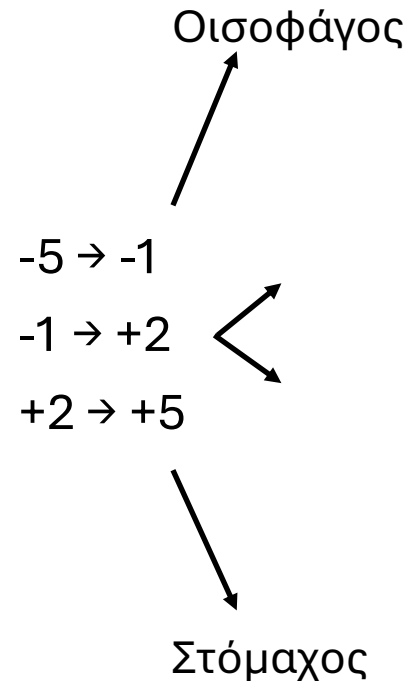
± 2 εκ

Siewert, 1987

I: Αδενοκαρκίνωμα του Οισοφάγου:

II: Αληθής καρκίνος της καρδίας:

III: Υποκαρδιακός καρκίνος:

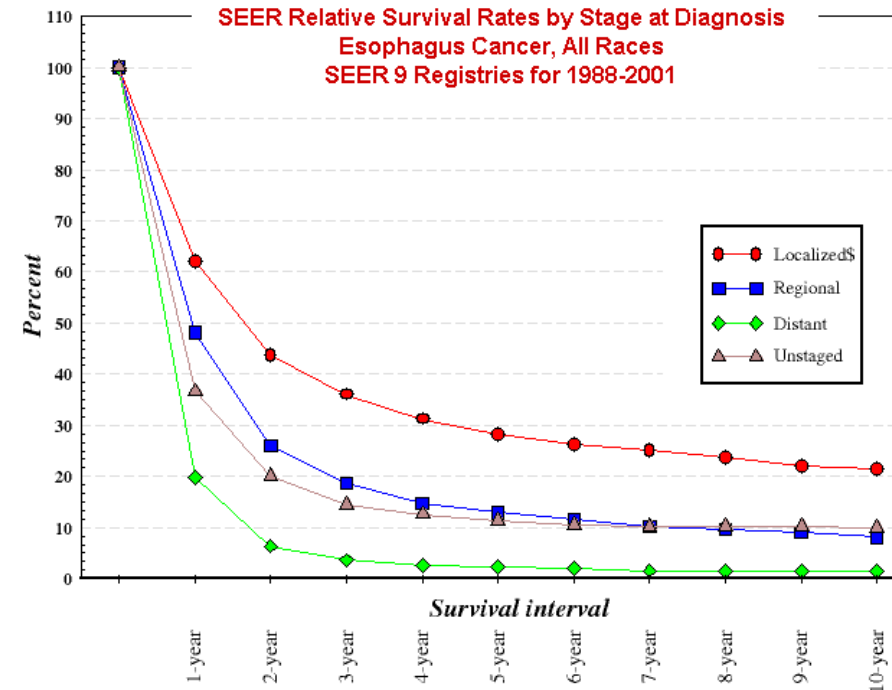
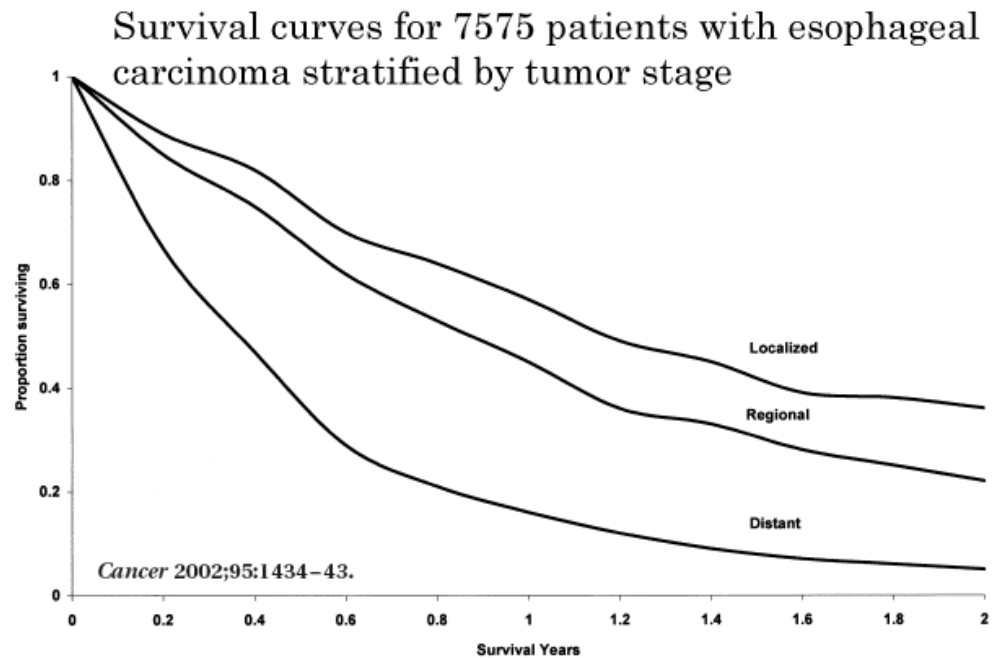


Παράγοντες Κινδύνου

Esophageal cancer		
Risk factor	Squamous cell carcinoma	Adenocarcinoma
Geography	Asia and Southeast African	North America, Western Europe
Sex	Male > Female	Male > Female
Race	Black > Caucasian	Caucasian > Black
Socioeconomic status	Low, rural	High, industrialized, urban
Obesity	↓	↑↑
Alcohol	↑↑↑	–
Tobacco	↑↑↑	↑
GERD/Barrett's Esophagus	–	↑↑↑
Diet		
Low fruits/vegetables	↑	↑
Hot beverages/foods	↑	–



Επιβίωση: f (διασπορά)

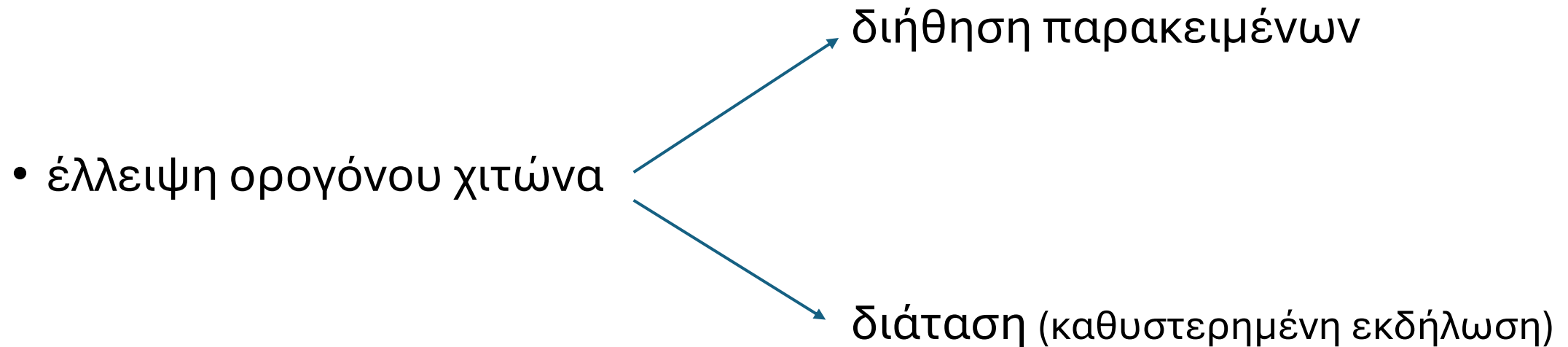


Η διασπορά ελαττώνει την επιβίωση



Αίτια Κακής Πρόγνωσης

- ενδοθωρακική θέση του οισοφάγου (δυσχερής εξέταση –προσπέλαση)



- παρουσία εκτεταμένου δικτύου λεμφαγγείων/ αιμαγγείων



Κλινική Εικόνα

- Δυσφαγία 50%
 - Αιμορραγία (αναιμία ή αιματέμεση)
 - Θωρακικό άλγος
 - Κοιλιακό άλγος.
-
- Ενδοσκόπηση για ΓΟΠ ή ΒΕ (25%)

Οισοφαγεκτομή για ΒΕ 30% T₁.



Προεγχειρητική Εκτίμηση / Σταδιοποίηση

- Διάγνωση - έκταση της νόσου – αξιολόγηση ασθενή
- Ιστορικό
- Φυσική εξέταση
- Συν-νοσηρότητα (καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες)
- Θρέψη



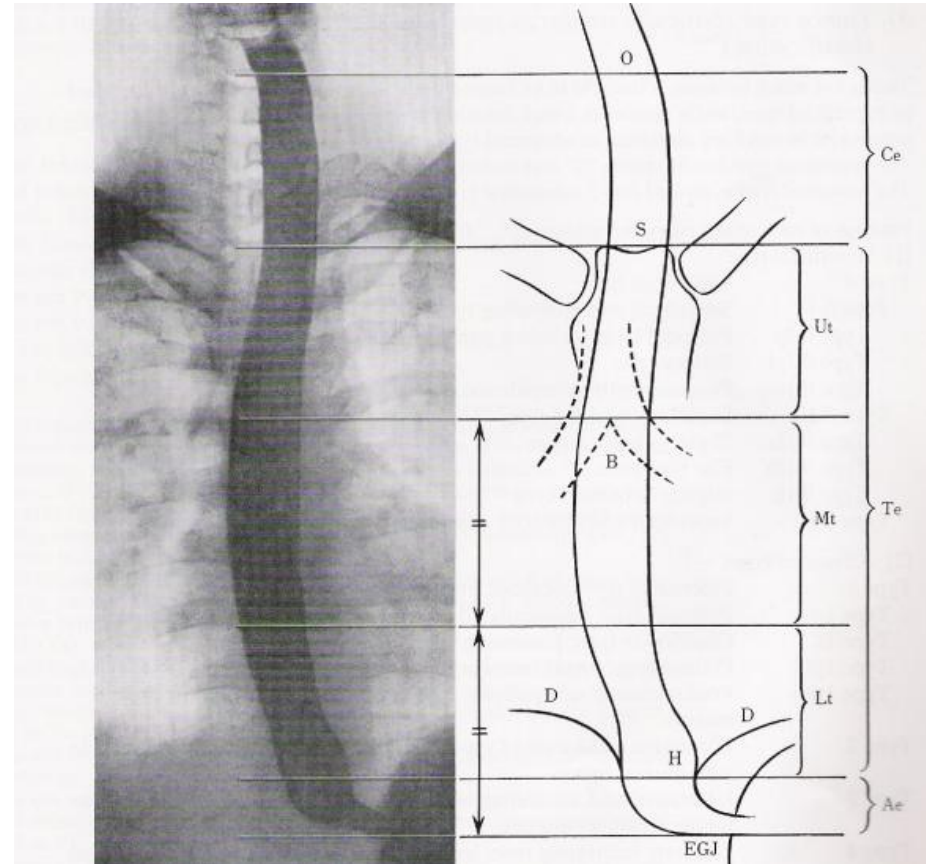
Προεγχειρητική εκτίμηση - σταδιοποίηση

- Οισοφαγογραφία
- Ενδοσκόπηση + ... : θέση όγκου/ΒΕ & βιοψίες
- CT απομακρυσμένες μεταστάσεις (**M**),
 - σε ~40% υπο-εκτιμά το T
 - 55%-63% ακρίβεια στο N
- EUS / EUS –FNA : T, N
- PET / PET-CT : **M**?
- EMR

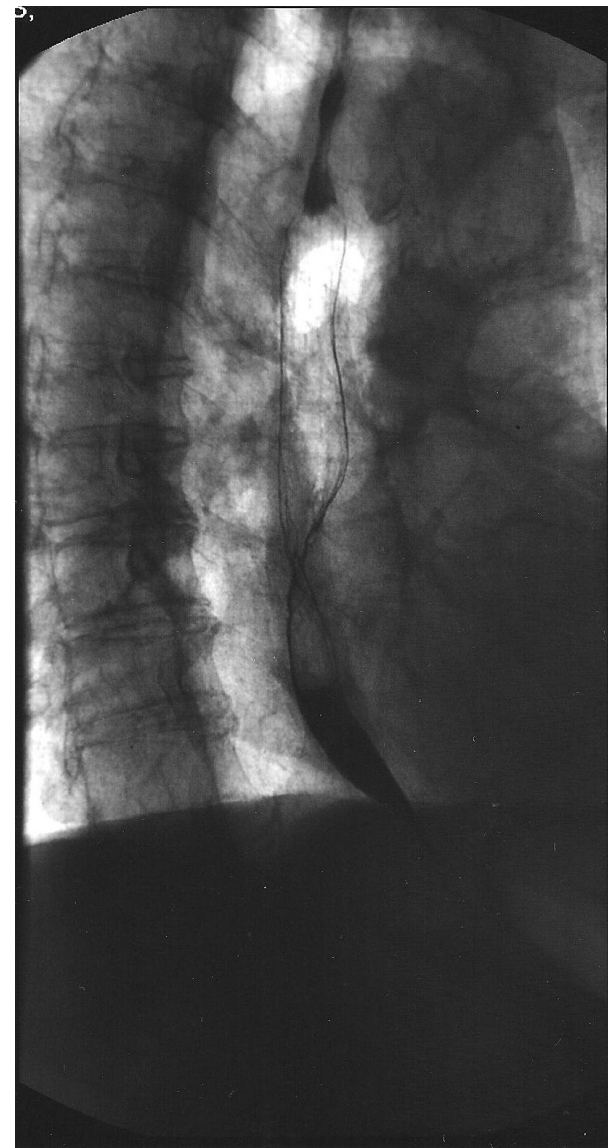
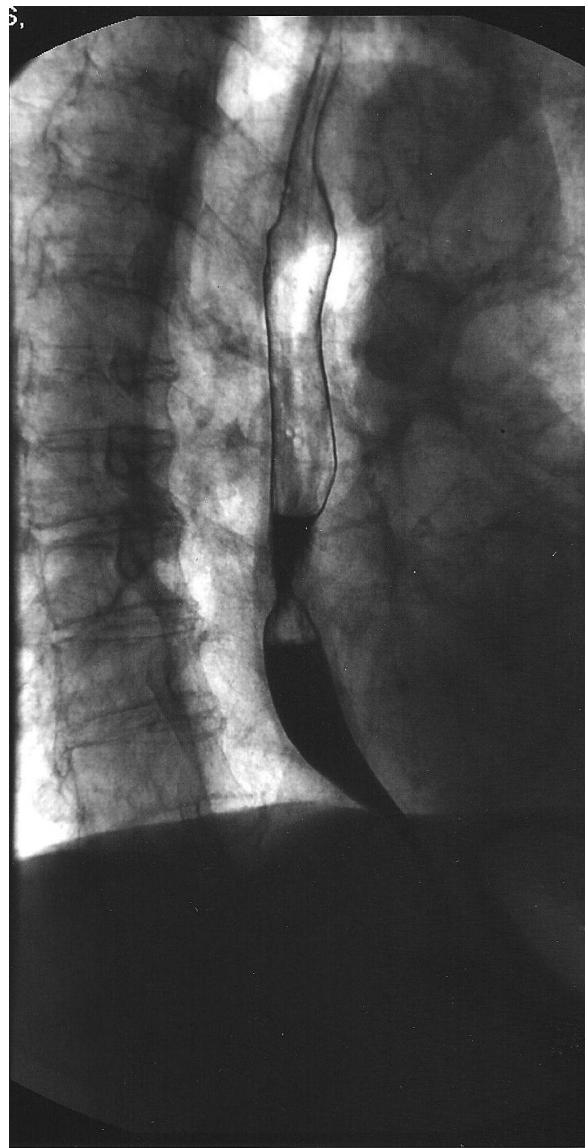
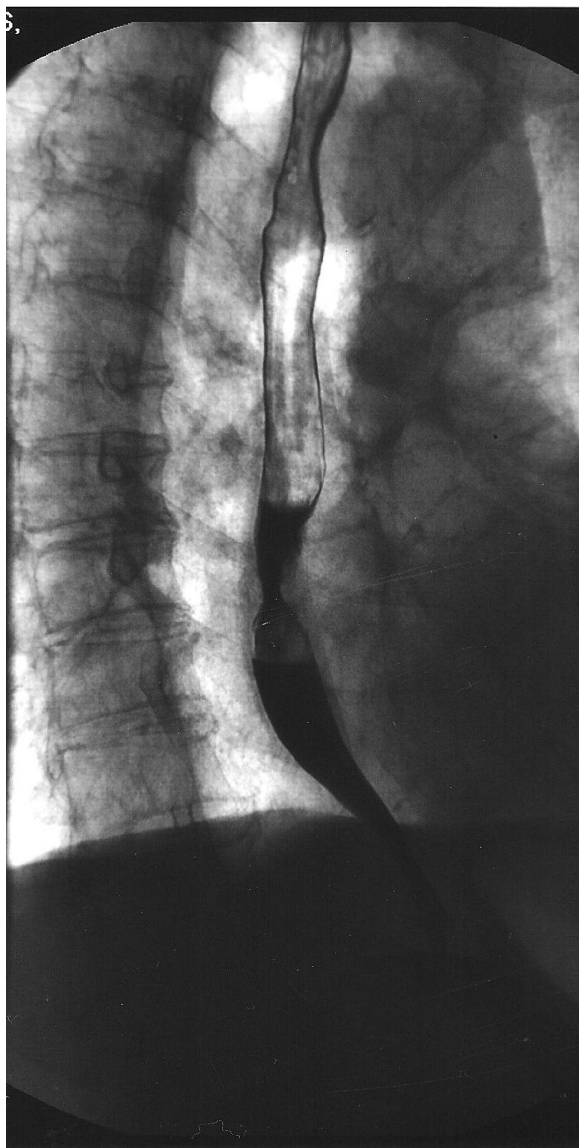


Εντόπιση

- Τραχηλικός
- Αν. Θωρακικός
- Μ. Θωρακικός
- Κ. Θωρακικός
- Κοιλιακός



Οισοφαγογραφία



Ενδοσκόπηση

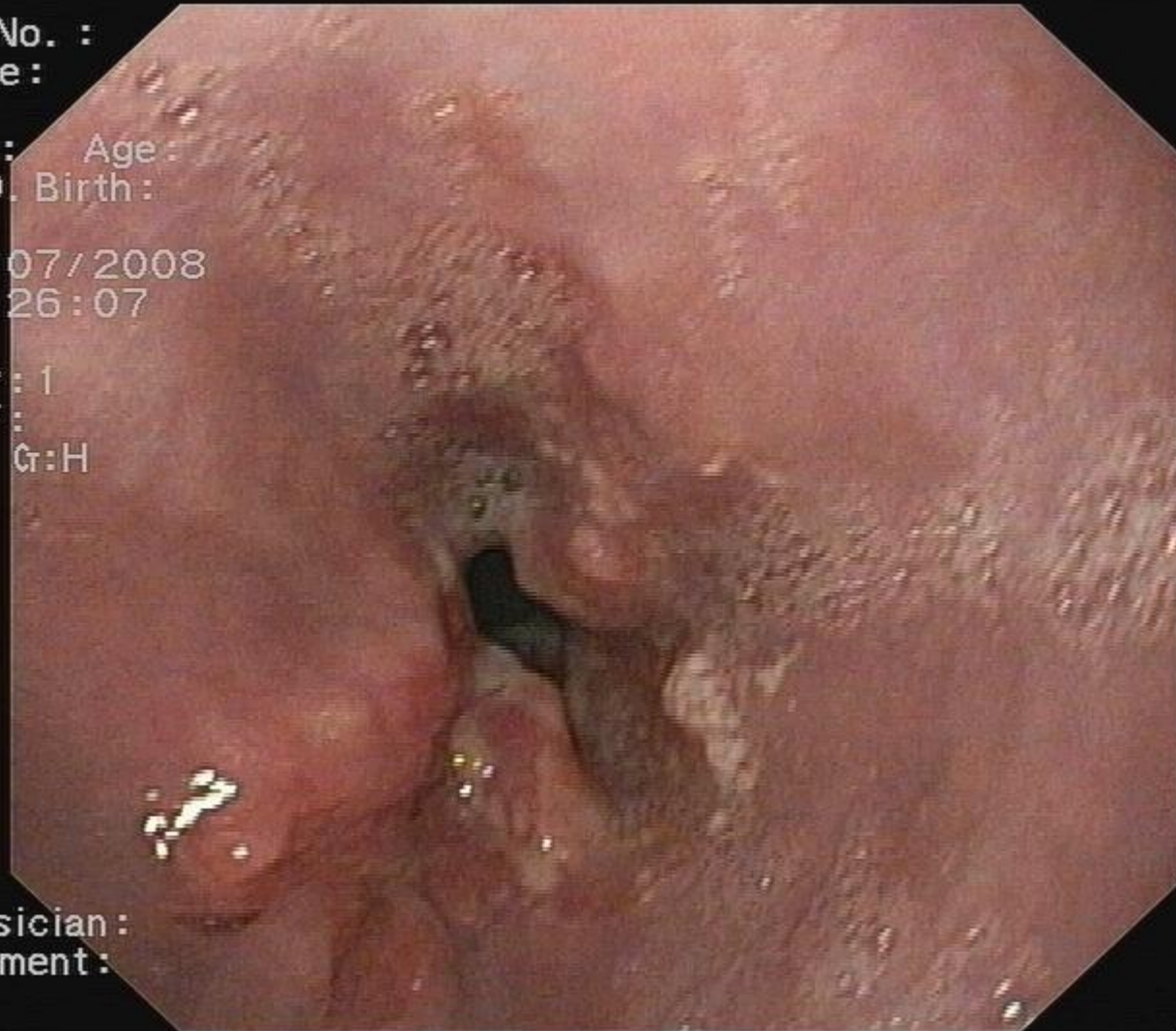
ID. No. :
Name :

Sex : Age :
D. O. Birth :

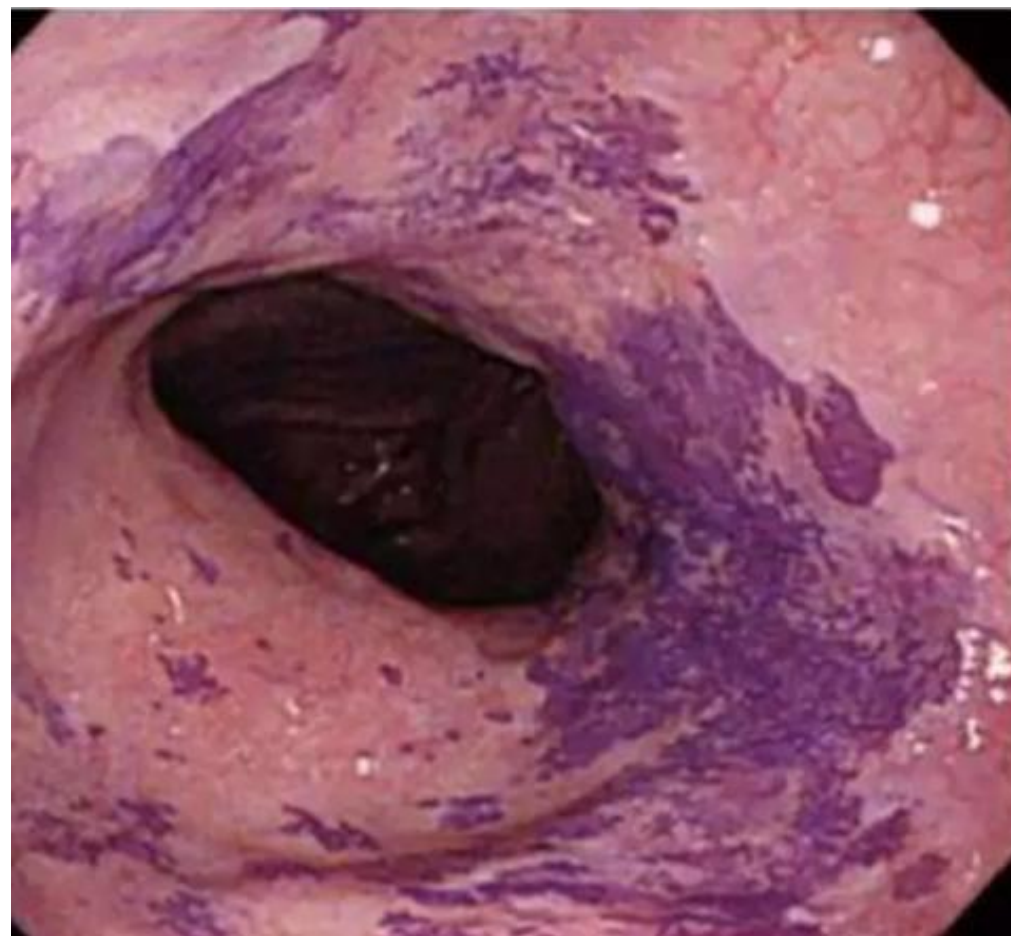
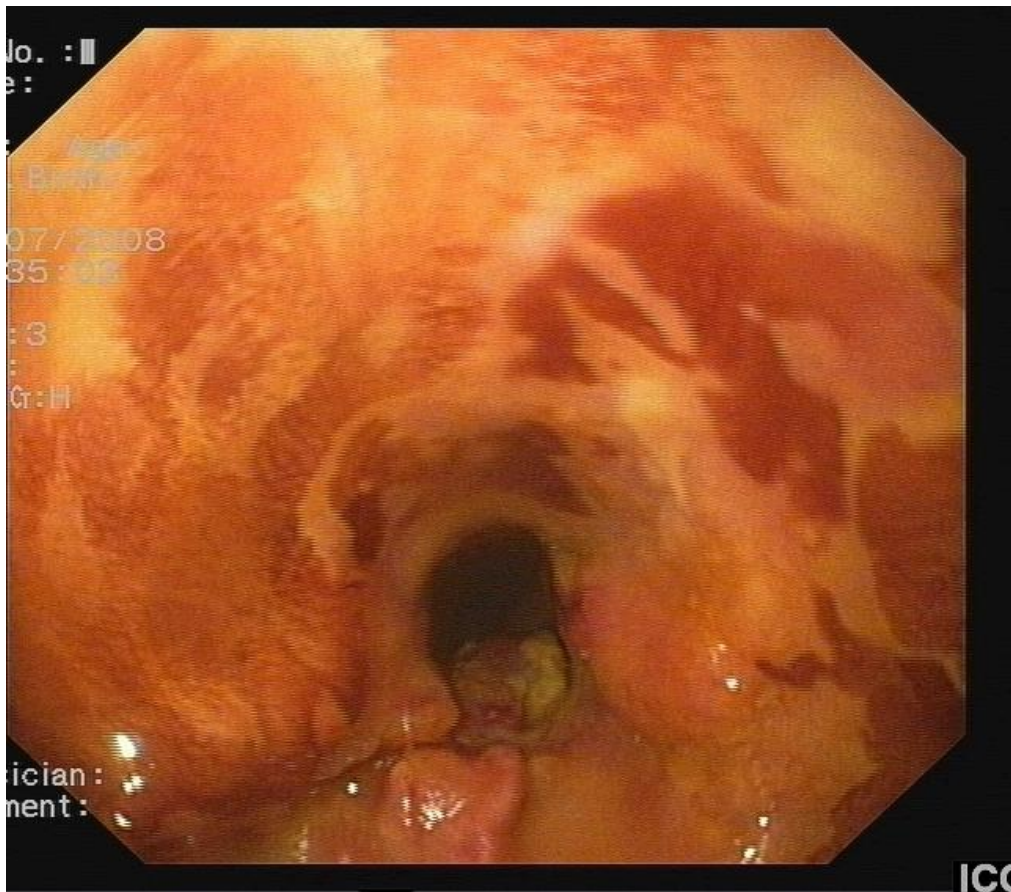
14/07/2008
12:26:07

CVP: 1
D. F :
Εκ: 1 Γ: H

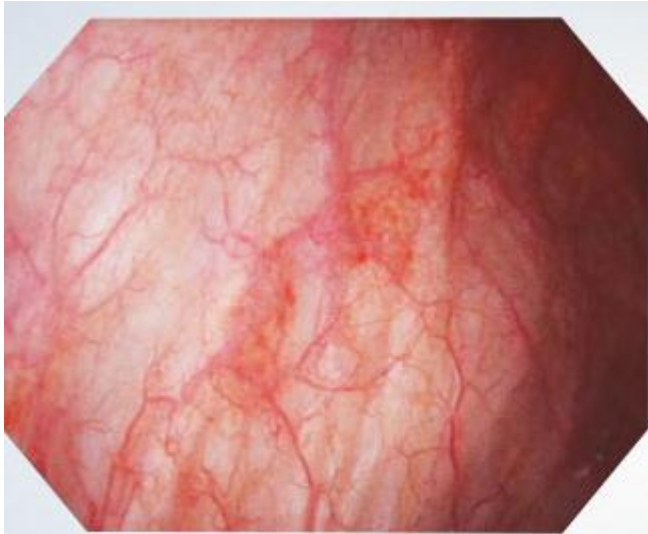
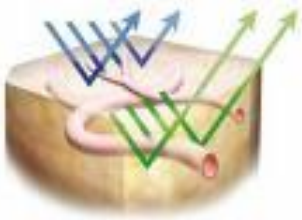
Physician :
Comment :



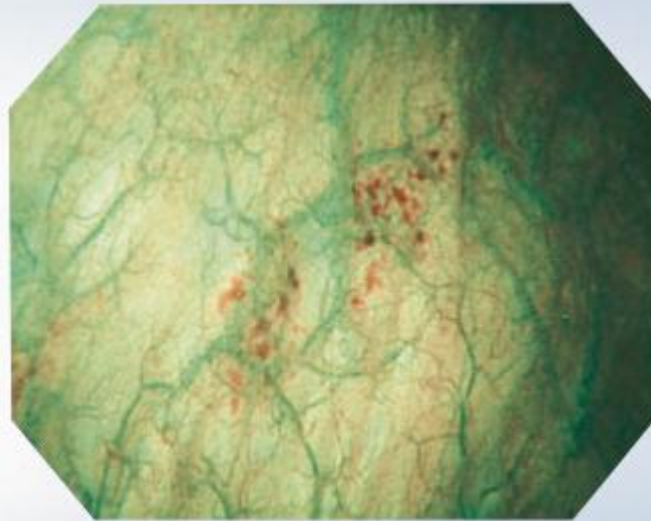
Χρωμοενδοσκόπηση



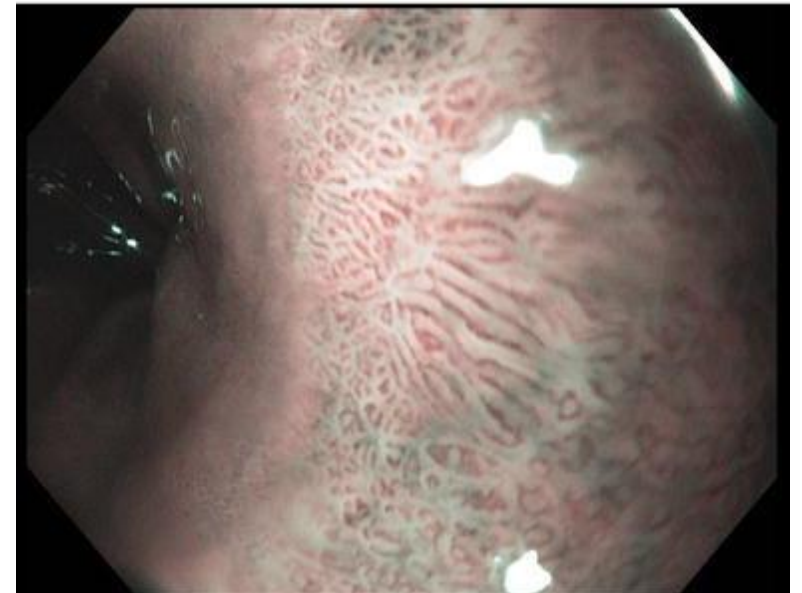
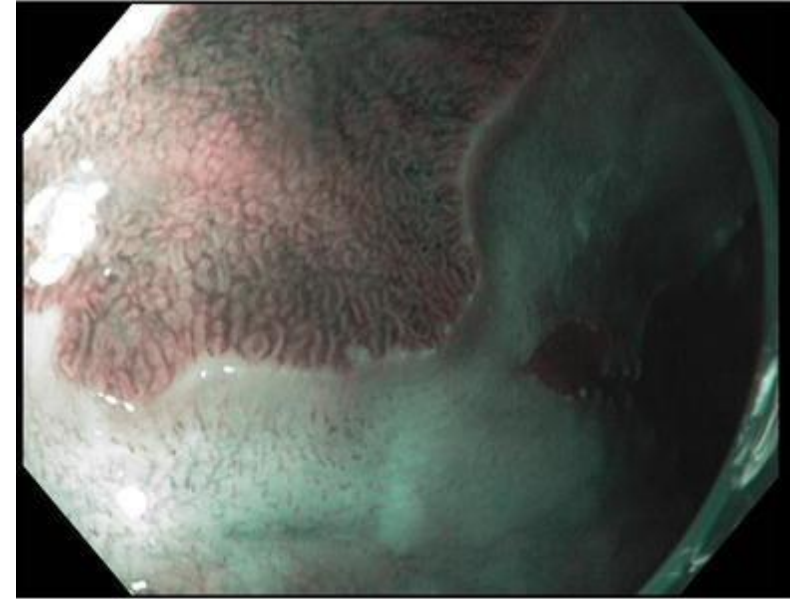
NBI



White light



NBI light



CT: Κριτήρια Σταδιοποίησης

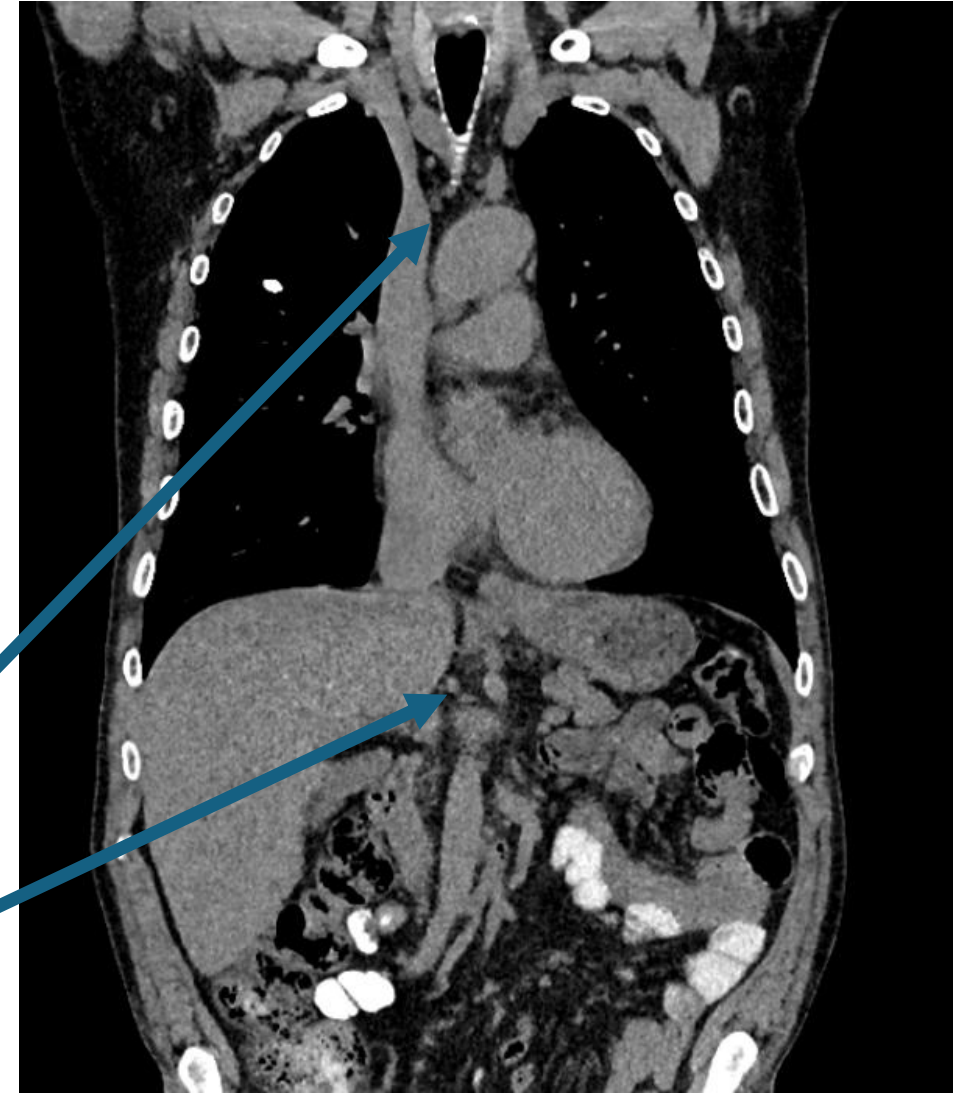
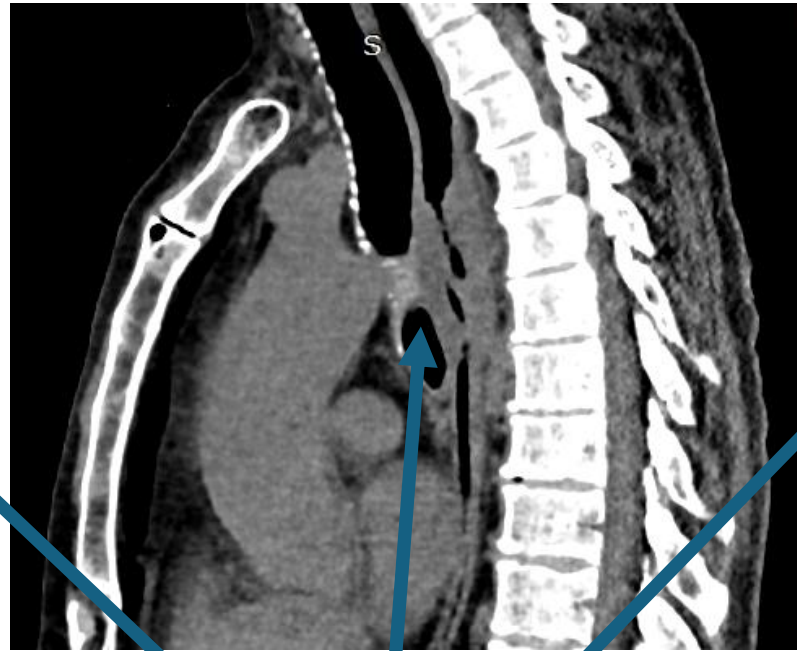
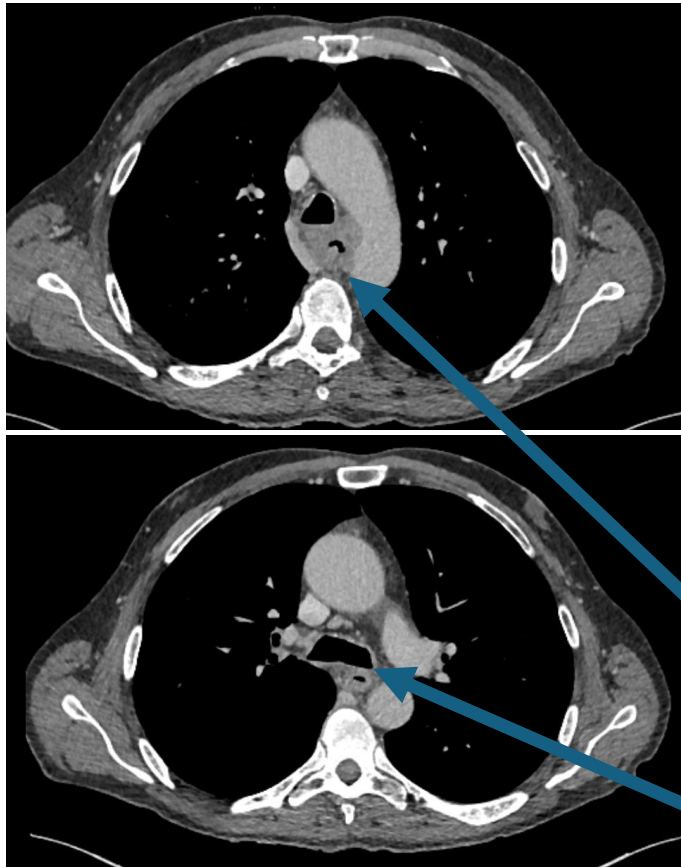
Πάχος τοιχώματος – Περίγραμμα // Μέγεθος - Σχήμα - Ομοιογένεια

T0	Καμία μεταβολή του τοιχώματος(<3mm), φυσιολογικό περιοισοφαγικό λιπος
T1	- Μη-ολοτοιχωματική σημαντική ενίσχυση με εστιακή πάχυνση του τοιχώματος, - Σημαντική ενίσχυση χωρίς πάχυνση του τοιχώματος, - Ενίσχυση και πάχυνση του τοιχώματος ≤ 5 mm.
T2	Ολοτοιχωματική ενίσχυση και πάχυνση του τοιχώματος 5 -15 mm χωρίς ή με ελαφρά στένωση αυλού και - ομαλό εξωτερικό περίγραμμα του πεπαχυσμένου τοιχώματος ή - λίγες μικρές γραμμώσεις των μαλακών μορίων που εκτείνονται στο λίπος σε λιγότερο από το 1/3 του όγκου
T3	•Συνήθως μεγάλος όγκος >10 mm σε βάθος με μέτρια ως σοβαρή στένωση και - δικτυωτό ή ανώμαλο εξωτερικό περίγραμμα ή - γραμμώσεις και πυκνότητες για περισσότερο από το 1/3 του όγκου ή - ασαφopoίηση του λίπους γύρω από τη βλάβη
T4	•Περιβροχισμός σπλάχνου >90° •Απώλεια οπισθοσκελιαίου λίπους
N+	•Βραχύς άξονας είναι 6 mm (περιοισοφαγικοί) ή 10mm (απομακρυσμένοι) •Σχετικά στρογγυλό σχήμα (λόγος επιμήκους /εγκάρσια διάμετρο = 1,5) •Απουσία ή διαταραχή του λίπους στις πύλες των αδένων •Ανομοιογενής ενίσχυση

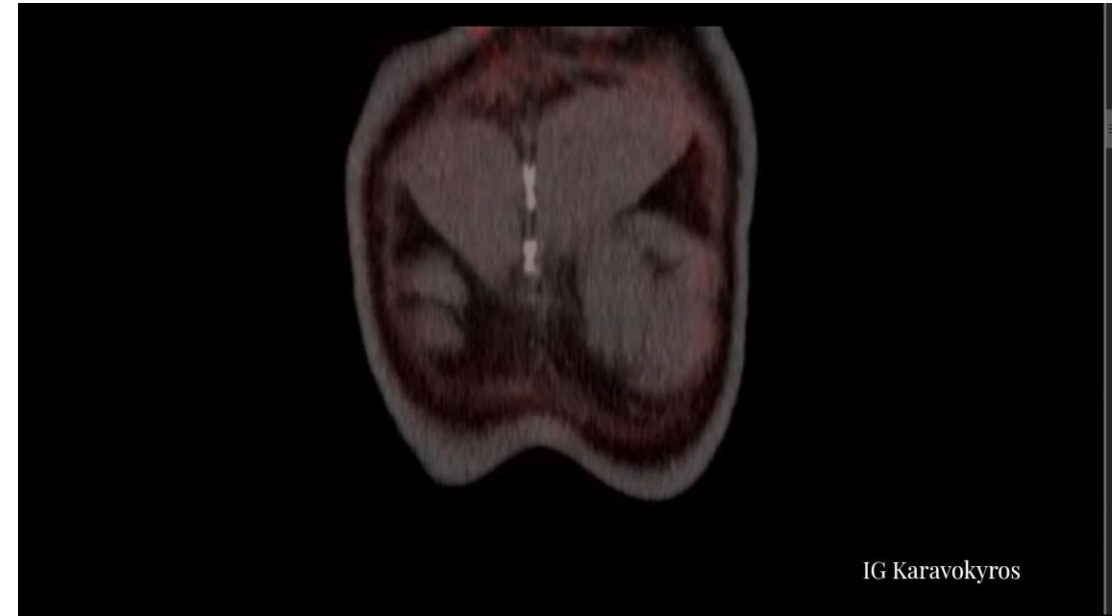
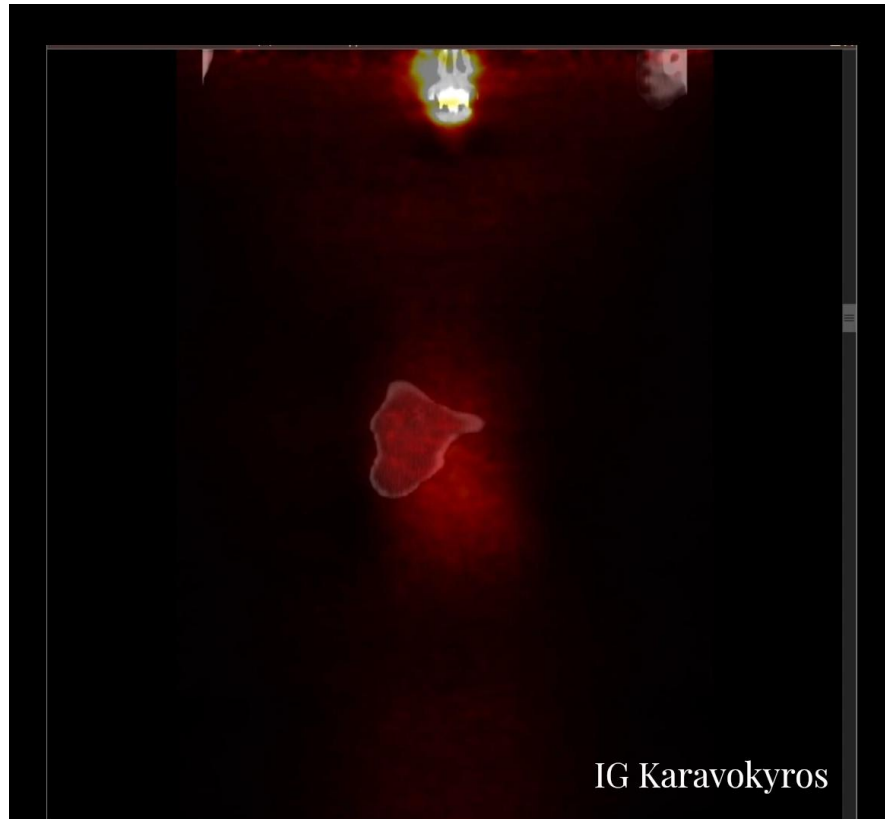
Ba-Ssalamah et al. 2009 *Abdom Imaging*; 34:3-18



CT



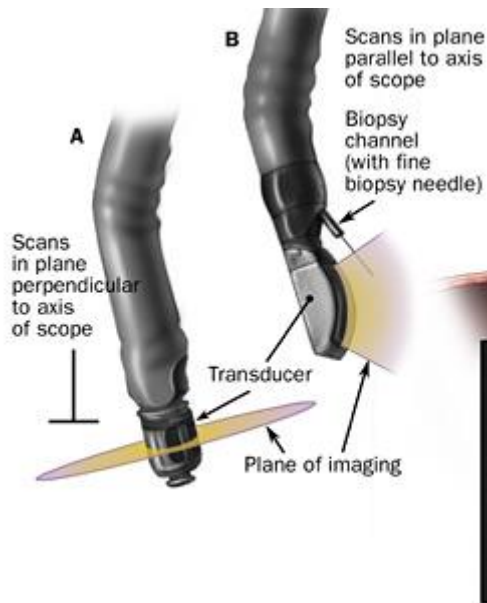
PET – CT: έλεγχος διασποράς - μεταστάσεων



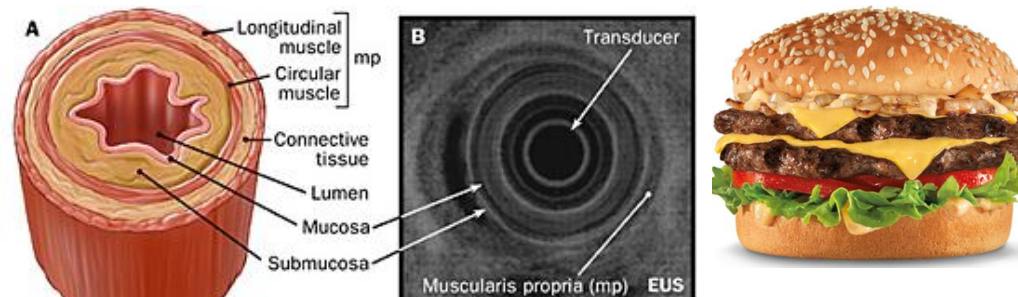
EUS

Συμβατικό EUS:

- 7.5 /12 MHz
- radial / linear



1	Αυλός / Βλεννογόνος	υπερηχογενής
2	Βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα	υποηχογενής
3	Υποβλεννογόνιος	Υπερηχογενής
4	Μυϊκός	υποηχογενής
5	Έξω χιτώνας	υπερηχογενής



Kimmey MB et al 1989 *Gastroenterology* 96: 433–441

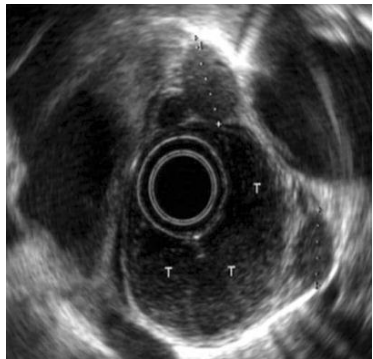


EUS T , N

- Υποηχογενής μάζα
- Διαταραχή επαλληλίας στιβάδων
- Χαμηλή ακρίβεια για $T_{1\alpha}$ / $T_{1\beta}$ (MM)

Ακρίβεια T 75-90%

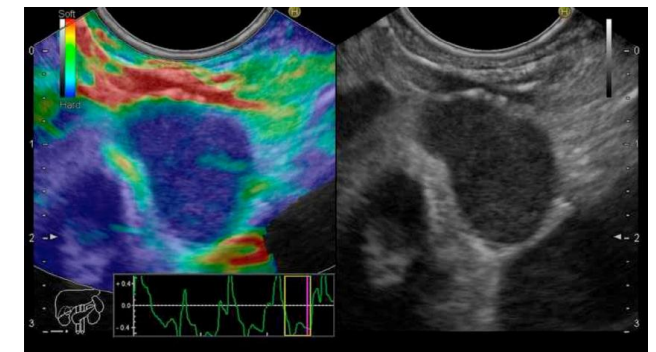
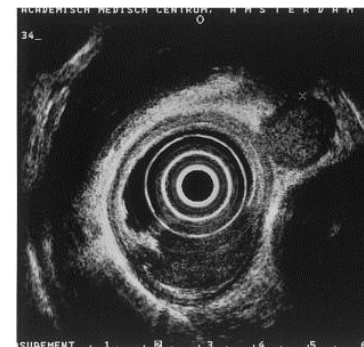
	Ευαισθ	Ειδικ
T1	81,6%	99,4%
T4	92,4/%	97,4%



- Διάμετρος >10 mm
- Υποηχογενής και ομογενής
- Στρογγυλός
- Σαφή όρια

FNA
Ελαστογραφία

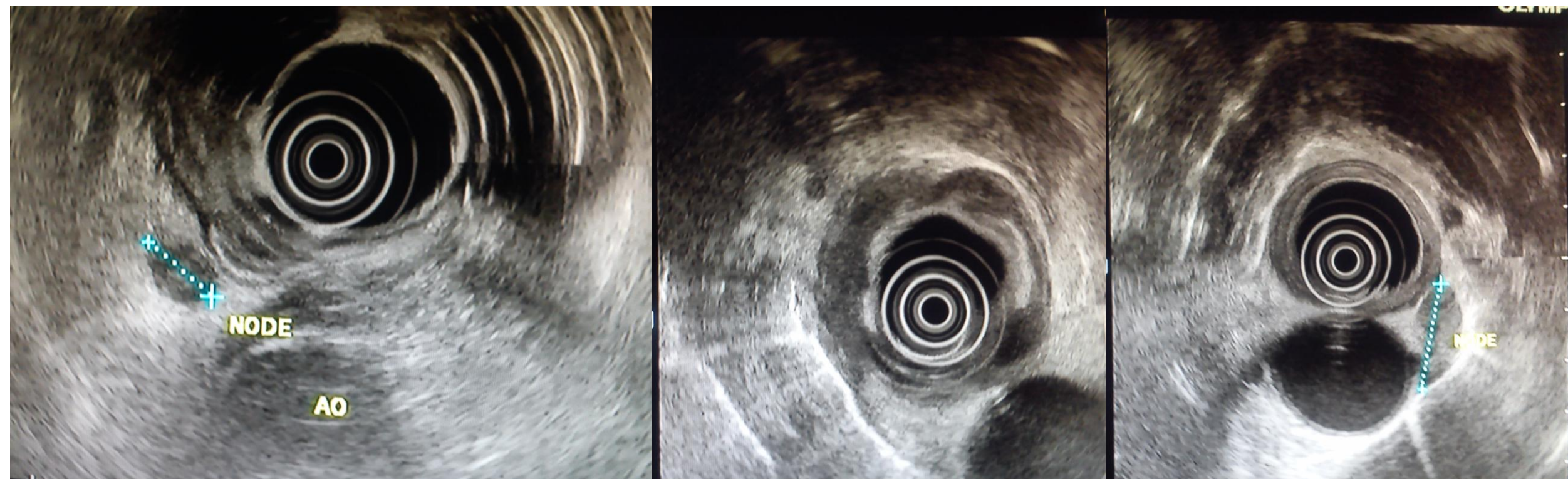
	Ευαισθ	Ειδικ
N	84,7%	70%
N –FNA	96,7%	



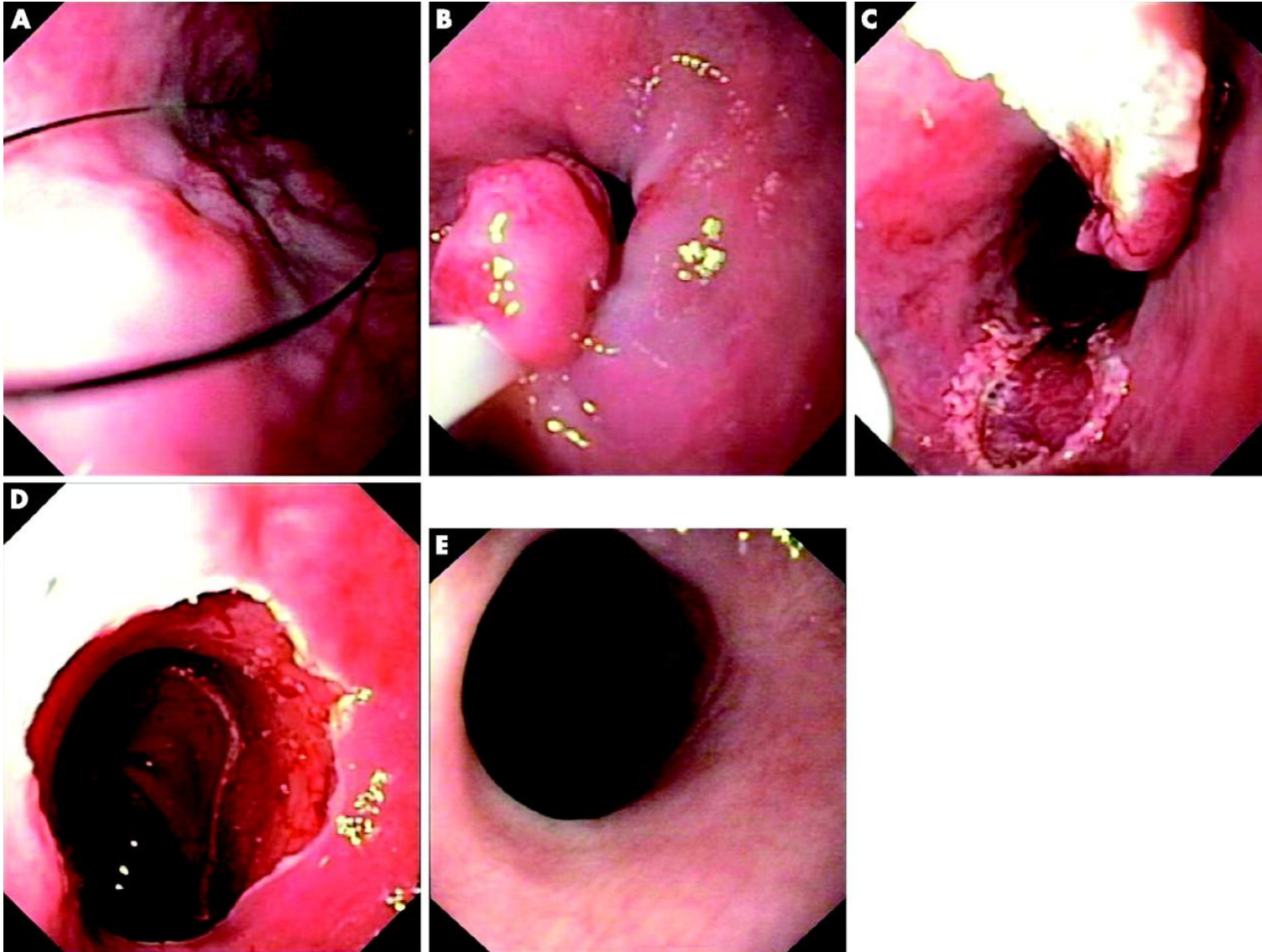
Ι.Γ Καραβοκυρός

Yasuda K et al 2005 *Gastrointest Endosc Clin N Am* 15: 93–99
Young PE et al 2010 *Clin Gastroenterol Hepatol* 8: 1037–1041
Puli SR et al 2008 *World J Gastroenterol* 14: 4011-19

Bhutani MS et al 1997 *Gastrointest Endosc*, 45; 474–479
Rosch T 1995 *Gastrointest Endosc Clin N Am* 5; 537–547
Puli SR et al 2008 *World J Gastroenterol* 14; 4011-19

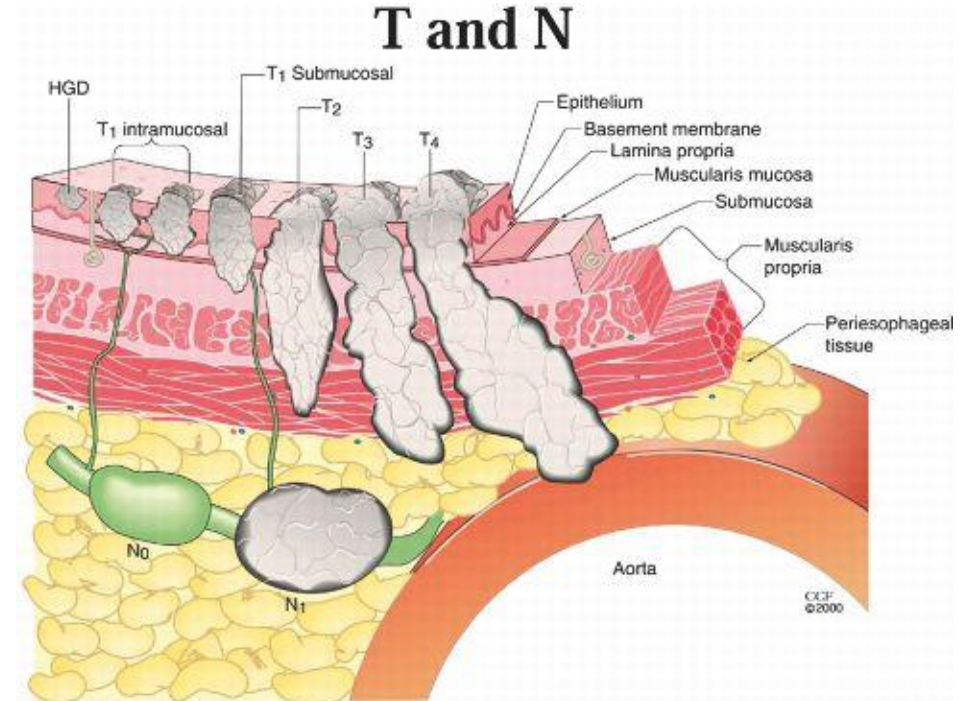


EMR



TNM

- Tis in Situ, HGD
- T1α - Βλεννογ. Μυική Στιβάδα
- T1β - Υποβλεννογόνιος
- T2 - Μυϊκός Χιτώνας
- T3 - Ορογόνος
- T4α - Διηθεί παρακείμενα (εξαιρέσιμο)
- T4β - Διηθεί παρακείμενα (μη εξαιρέσιμο)



- N0
- N1 1-2 διηθημένοι λεμφαδένες
- N2 3-6 διηθημένοι λεμφαδένες
- N3 >7 διηθημένοι λεμφαδένες



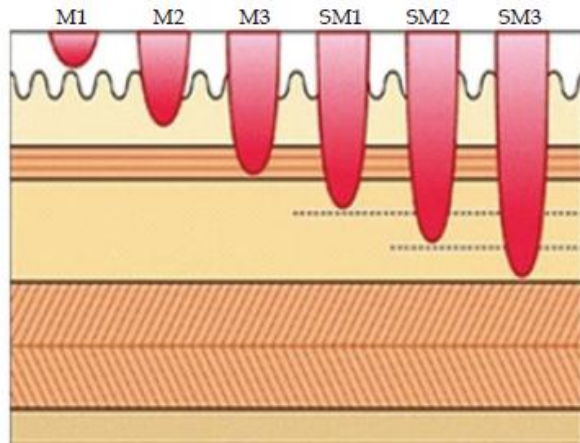
TNM

	N0	N1	N2	N3
Tis	0	-	-	-
T1a,	IA	IIB	IIIA	IIIC
T1b	IA	IIB	IIIA	IIIC
T2	IB	IIB	IIIA	IIIC
T3	IIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4a	IIIA	IIIC	IIIC	IIIC
T4b	IIIC	IIIC	IIIC	IIIC
M1 = IV				



N(+) = f(T): T1α vs T1β

T1α (βλεννογόνος) vs T1β (υποβλεννογόνιος)



	T1α%	T1β%	Sm1 %	Sm2%	Sm3%
Epithelium					
Lamina propria mucosa	0	45	33 /22		69/78
Muscularis mucosa	0	34	13	19	56
Submucosa	0	12	23	4	11
Muscularis propria					
Serosa or Adventitia	SCC/EAC				

Bollschweiler et al *Endoscopy*. 2006

Bollschweiler et al *Ann Surg* 2011

Griffin et al *Ann Surg* 2011

>T1β= Λεμφαδενική διασπορά / Λεμφαδενεκτομή

T1α: Μικρή / Ενδοσκοπική / Τοπική εκτομή ???



Λεμφαδενεκτομή

1. Βάθος Διήθησης
2. Διηθούμενα Στοιχεία (LVI?)
3. Μορφολογικά Χαρακτηριστικά (επίπεδη βλάβη?)
4. Βιολογικά Χαρακτηριστικά (grading?)



Αντιμετώπιση – Πρώιμη νόσος (T1aN0M0)

- Ενδοσκοπική Αντιμετώπιση
 - EMR
 - ESD
 - ~~Ενδοσκοπική καταστροφή (όπως σε BE) !~~
- Χειρουργική
 - Οισοφαγεκτομή με διαφύλαξη του παρασυμπαθητικού;
 - Οισοφαγεκτομή ;



Αντιμετώπιση – Τοπικά Προχωρημένη Μη Μεταστατική Νόσος : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- Νοσηρότητα vs Ογκολογικό όφελος

En block vs transhiatal (vs MIS)

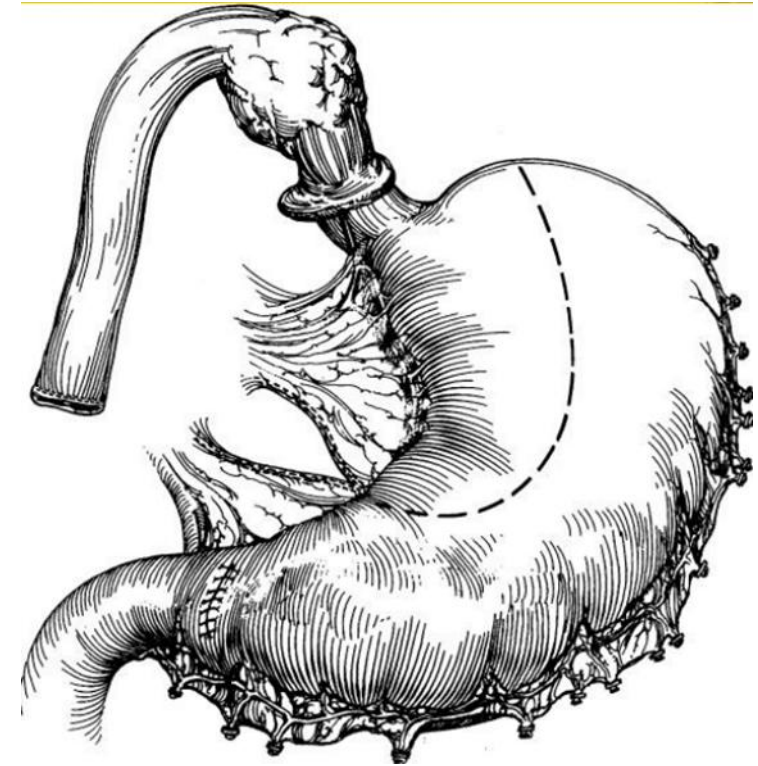
• -10%	vs	-11%	Θνητότητα
• 25-75%	vs	26-69%	Νοσηρότητα
• -12%	vs	14-47%	Τοπική υποτροπή
• 39-50%	vs	23-29%	Συνολική Επιβίωση

- Όφελος επιβίωσης
 - >40 λεμφαδένες σε N- νόσο
 - >20 λεμφαδένες σε N+ νόσο
 - Μεγιστοποίηση οφέλους επιβίωσης αν >47 λεμφαδένες



Χειρουργικές Επεμβάσεις

- Ανοικτή χειρουργική
 - Διασκελία – εξωθωρακική
 - Ivor – Lewis
 - Radical en block
 - En block 3 πεδίων
- Ελάχιστα επεμβατική Ή Υβριδική
 - Λαπαροσκοπική / Θωρακοσκοπική
 - Ρομποτική
- Με διατήρηση του πνευμονογαστρικού (stripping)



Ευρεία Λεμφαδενεκτομή

-18 T_{2,3} N_{1,2} [-4(+)]

Rizk et al *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006

>30, ή >15 N₀

Schwarz RE, Smith DD. *J Gastrointest Surg.* 2007

>23

Peyre et al *Ann Surg.* 2008

>16 (N₊) / 40 (N₀)

Altorki et al *Ann Surg* 2008

-12

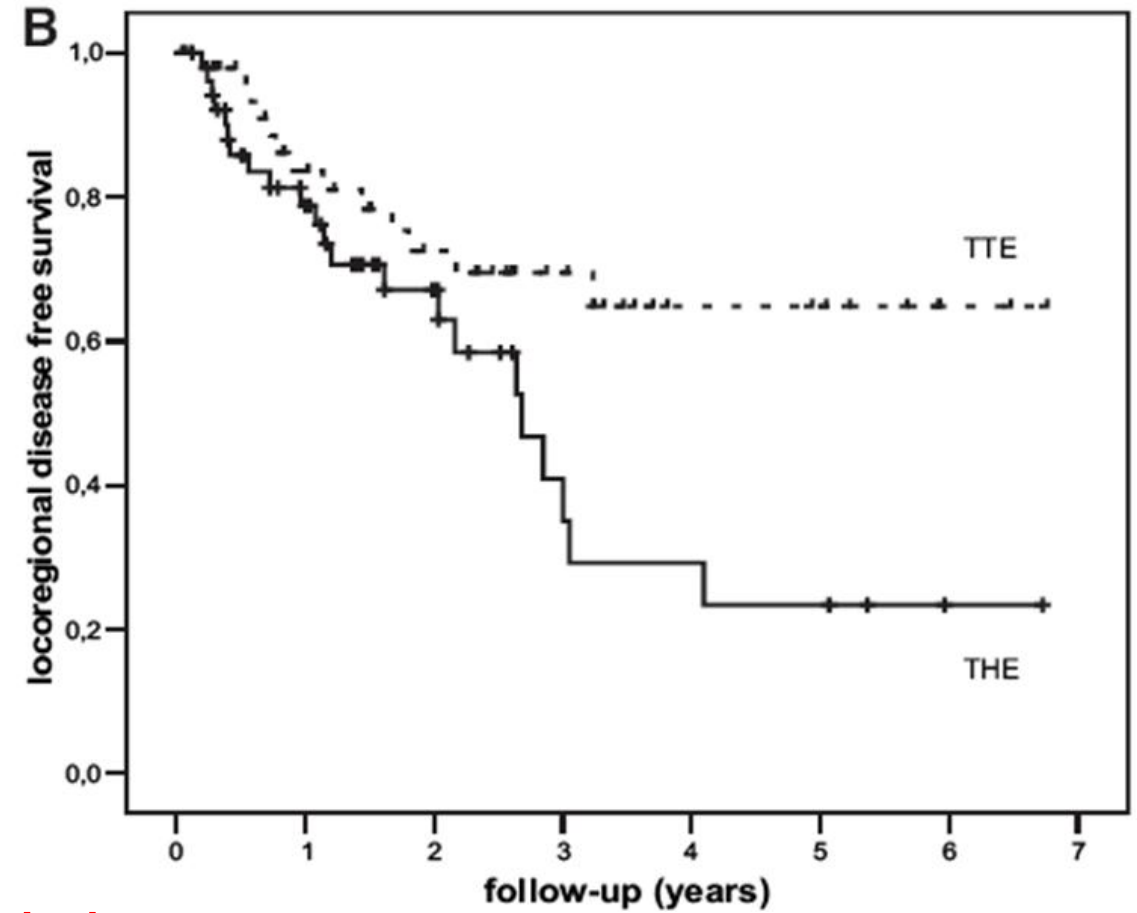
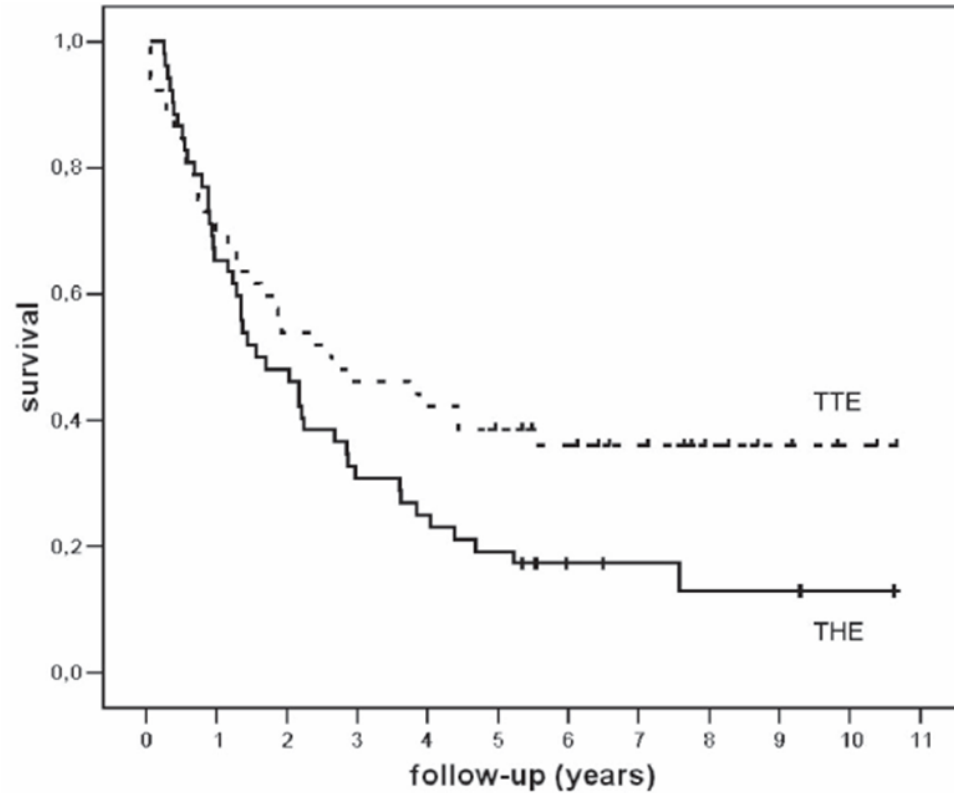
Chen et al *J Surg Oncol* 2009

>18 (N₀)

Greenstein et al *Cancer* 2008



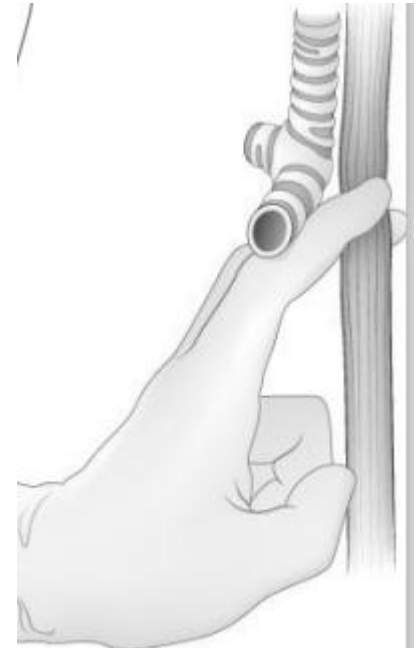
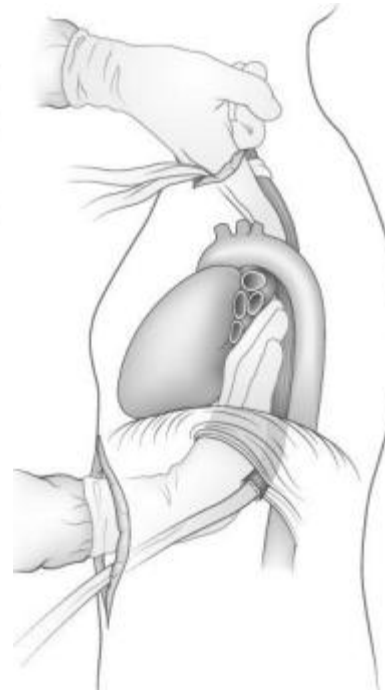
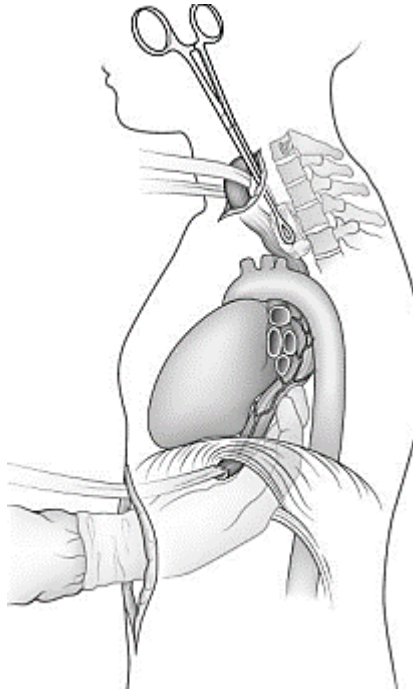
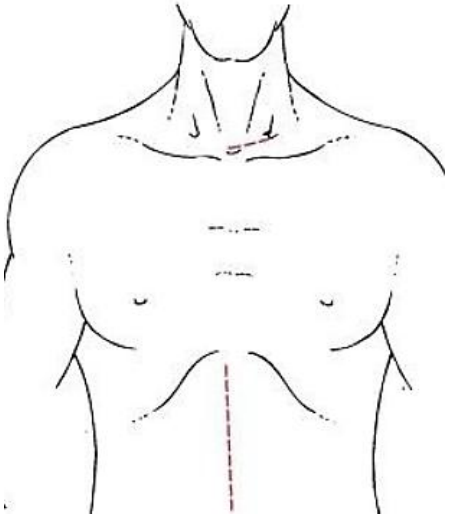
Λεμφαδενεκτομή



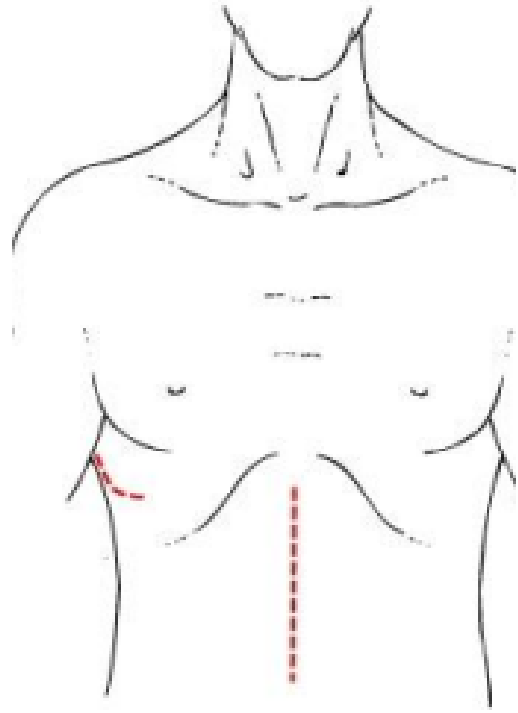
+: 1-8 Ln (+)



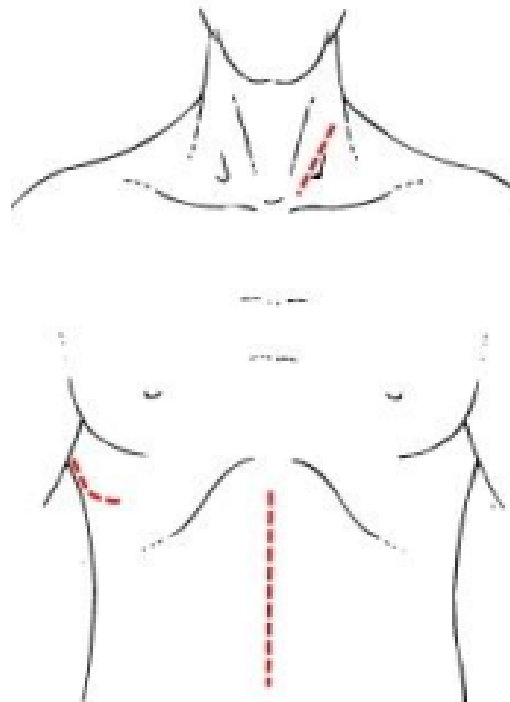
Χωρίς Θωρακοτομή



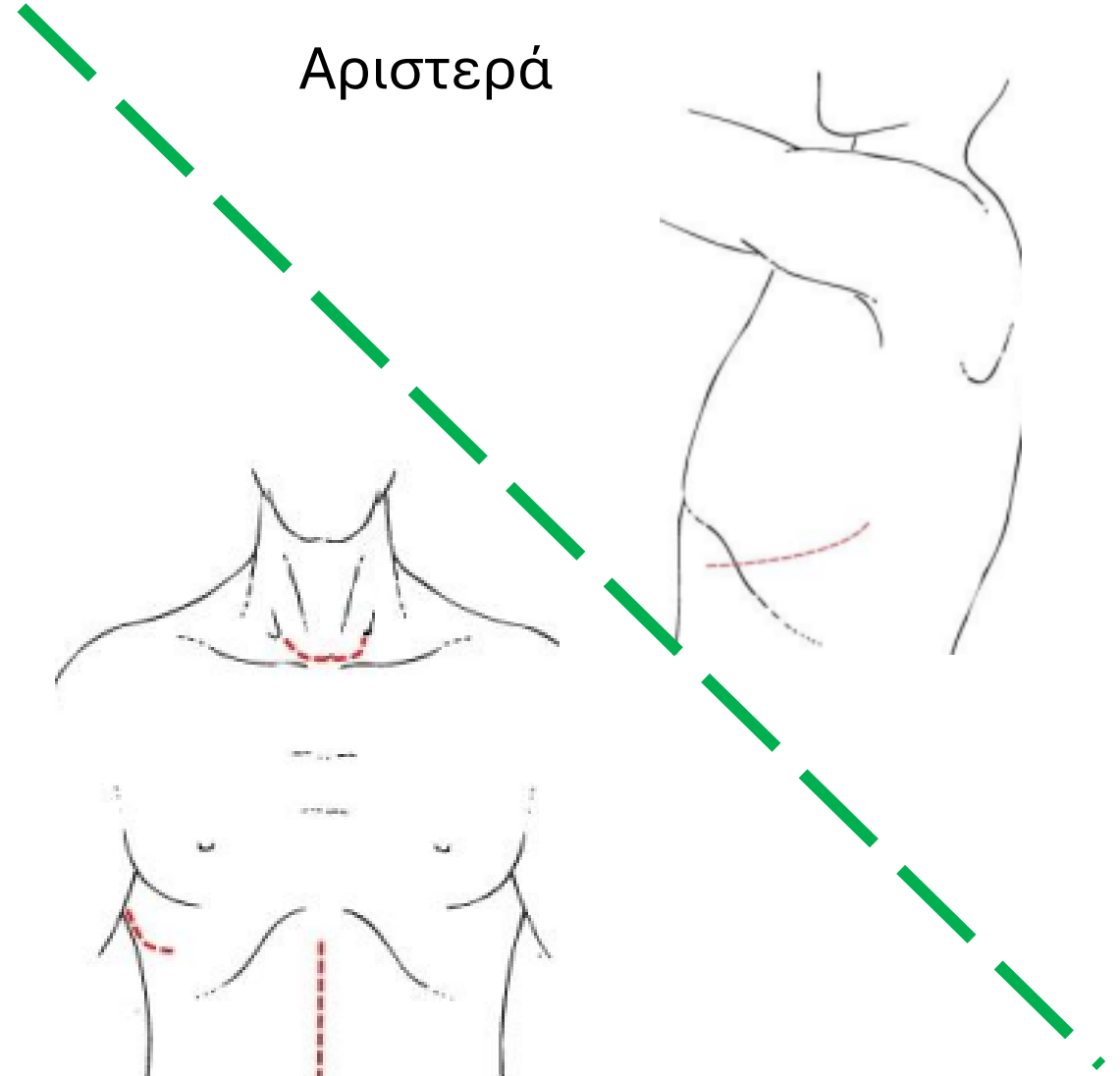
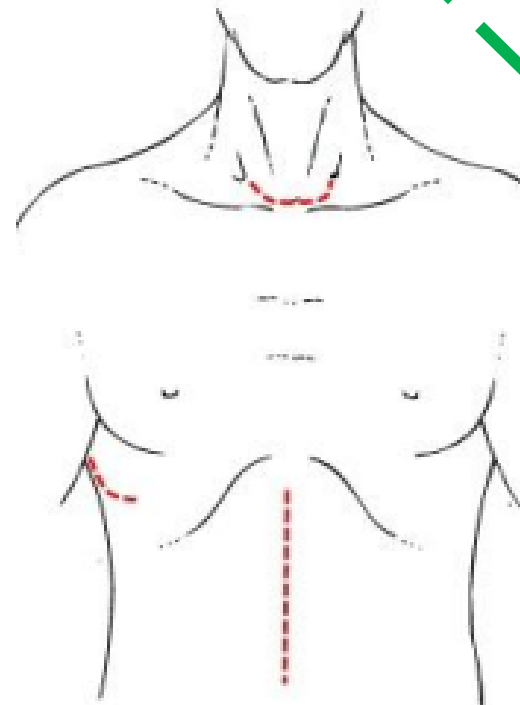
Με θωρακοτομή



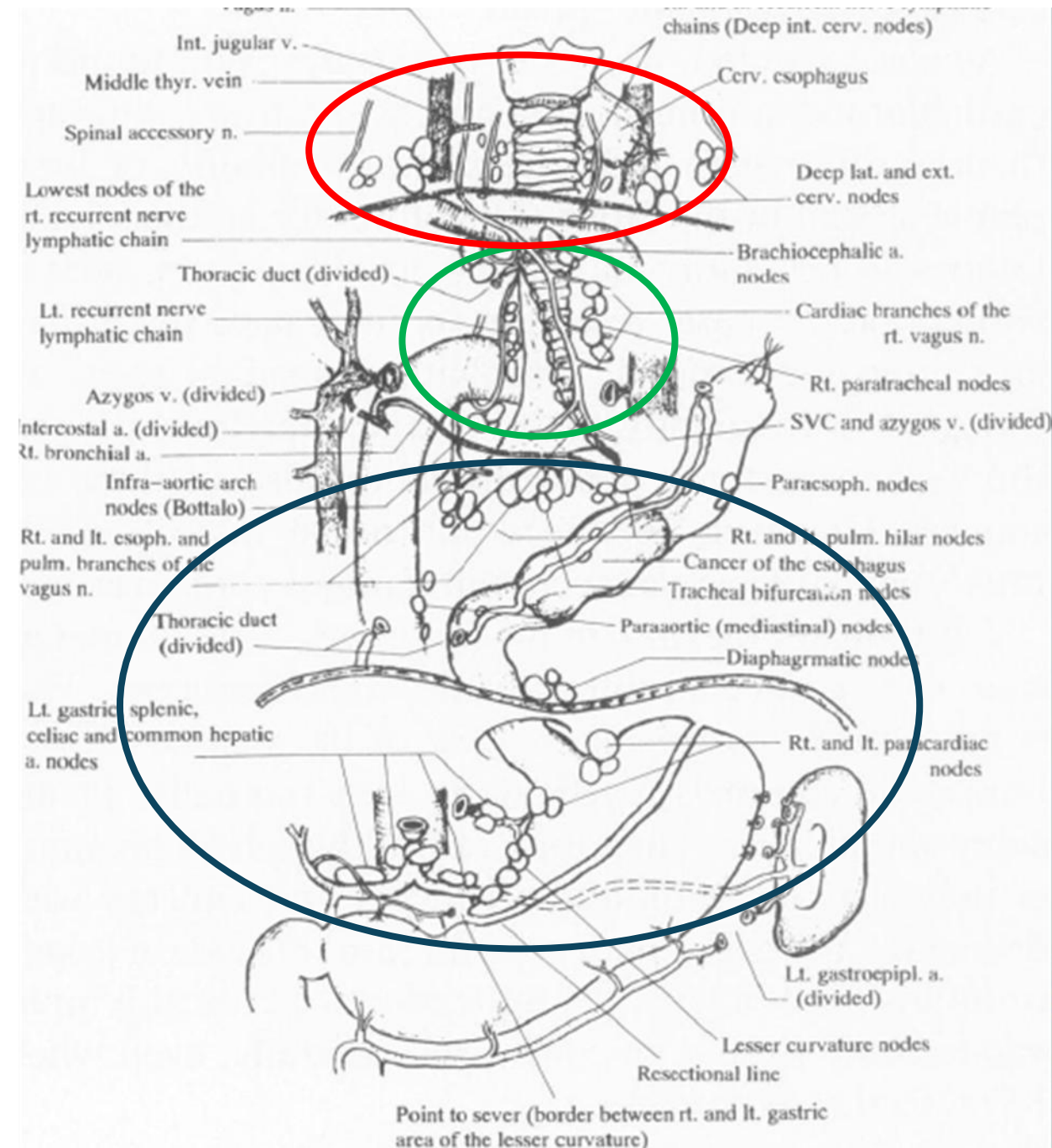
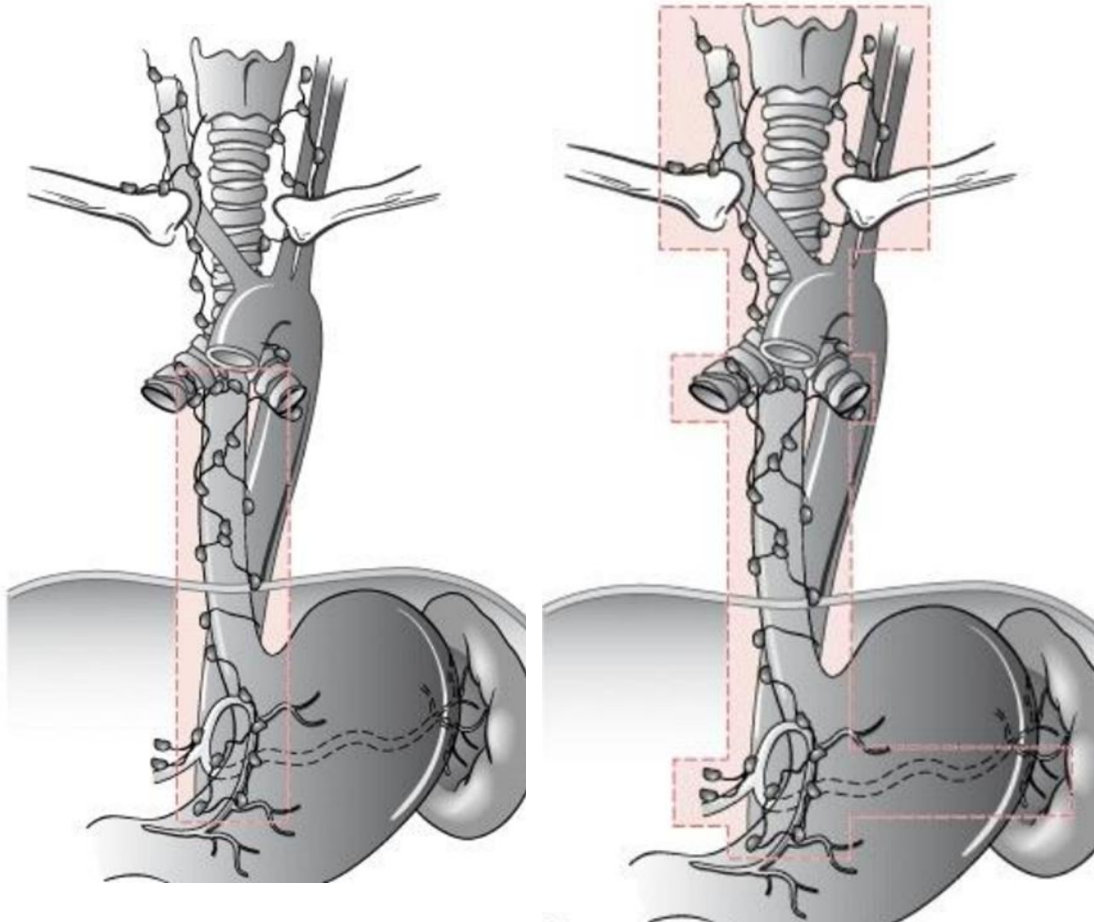
Δεξιά



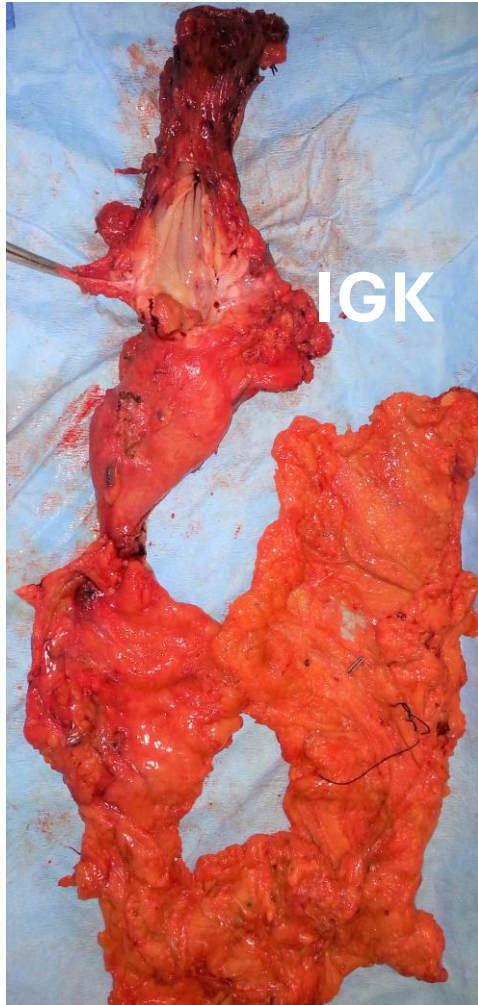
Αριστερά



Λεμφαδενεκτομές



Παρασκεύασμα Ivor Lewis

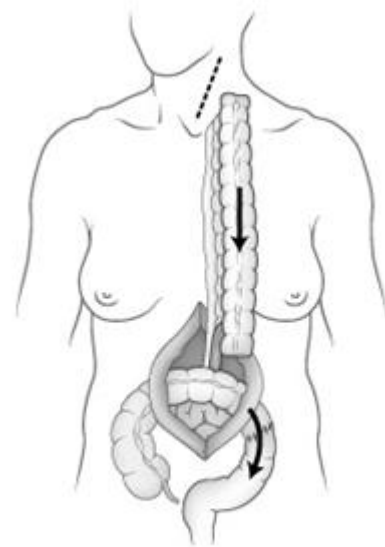
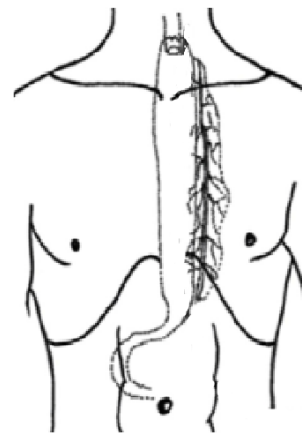
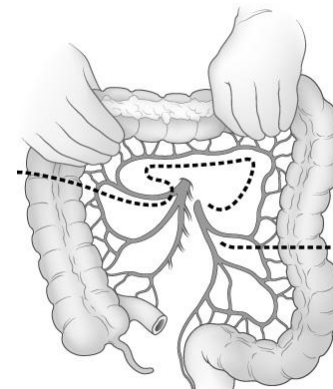
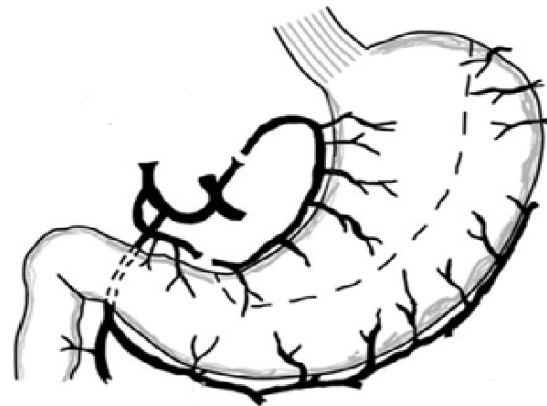
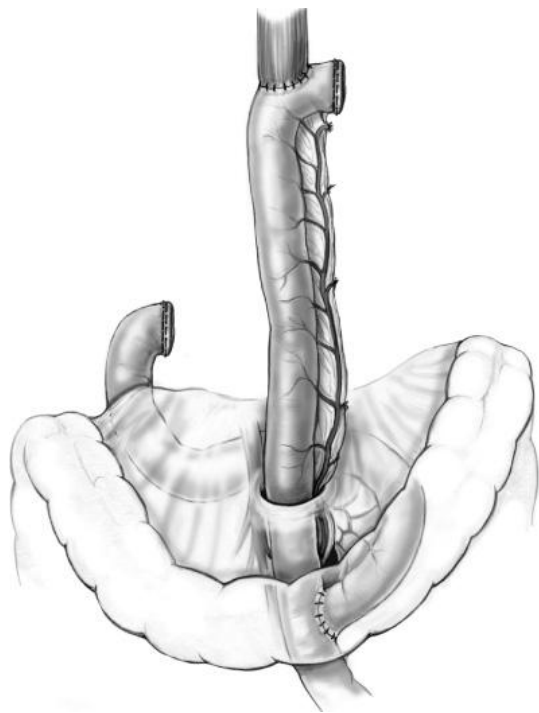


Παρασκεύασμα Ολικής Οισοφαγεκτομής

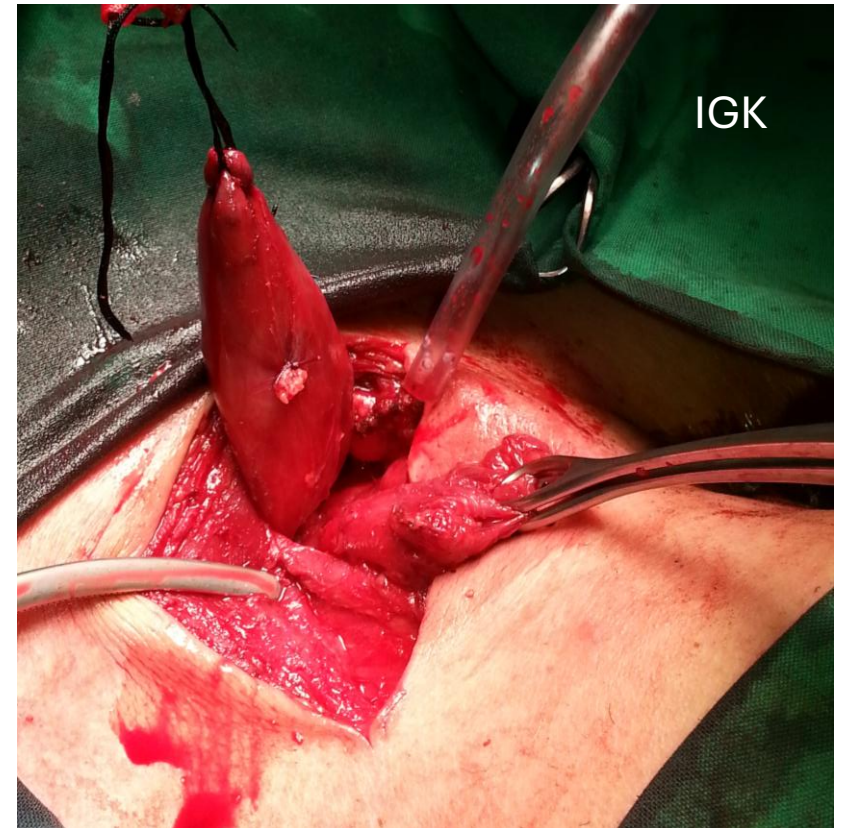
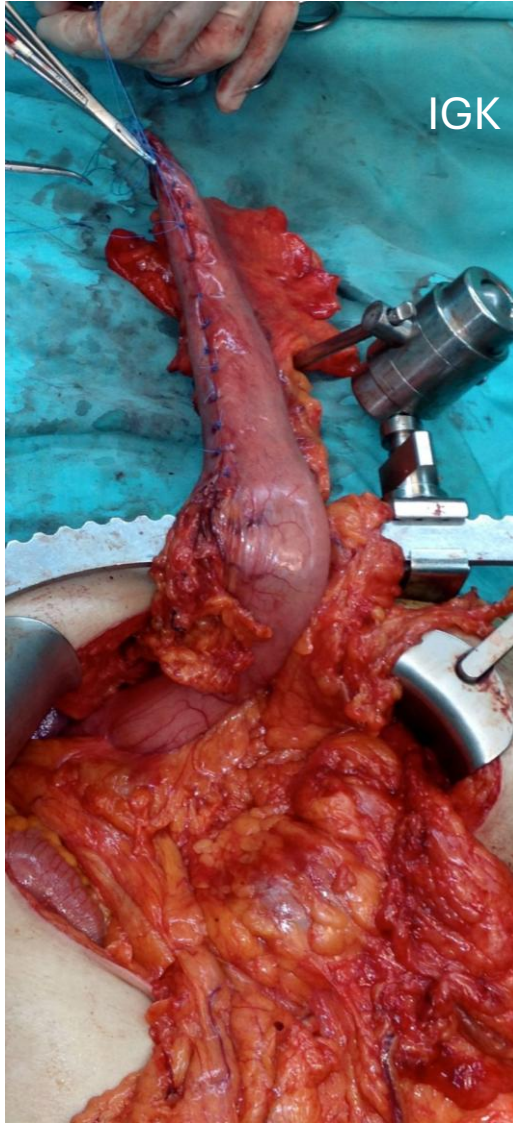


Αποκατάσταση: Αγωγός

Στόμαχος
Παχύ έντερο
Λεπτό έντερο

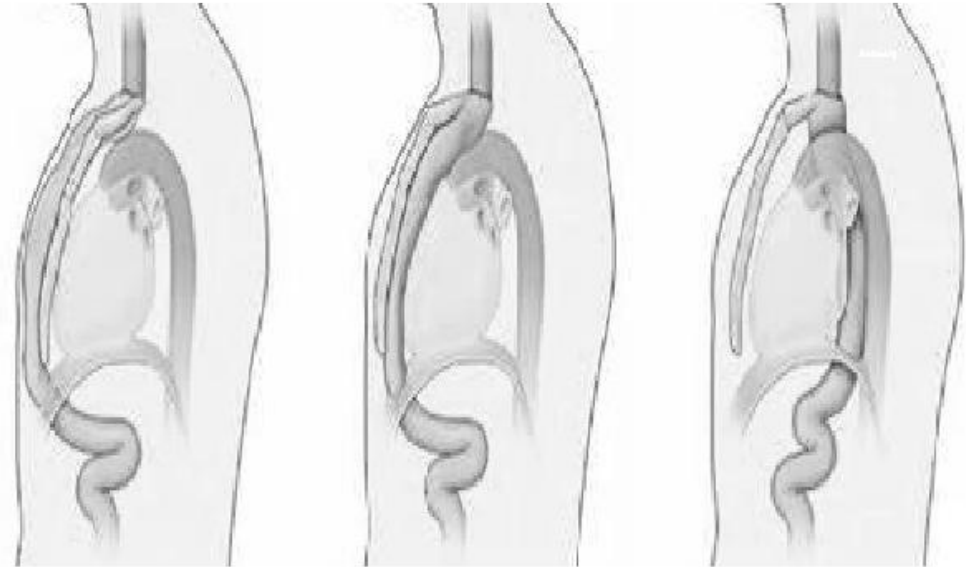


Αποκατάσταση: Γαστρικός Σωλήνας – Τράχηλος

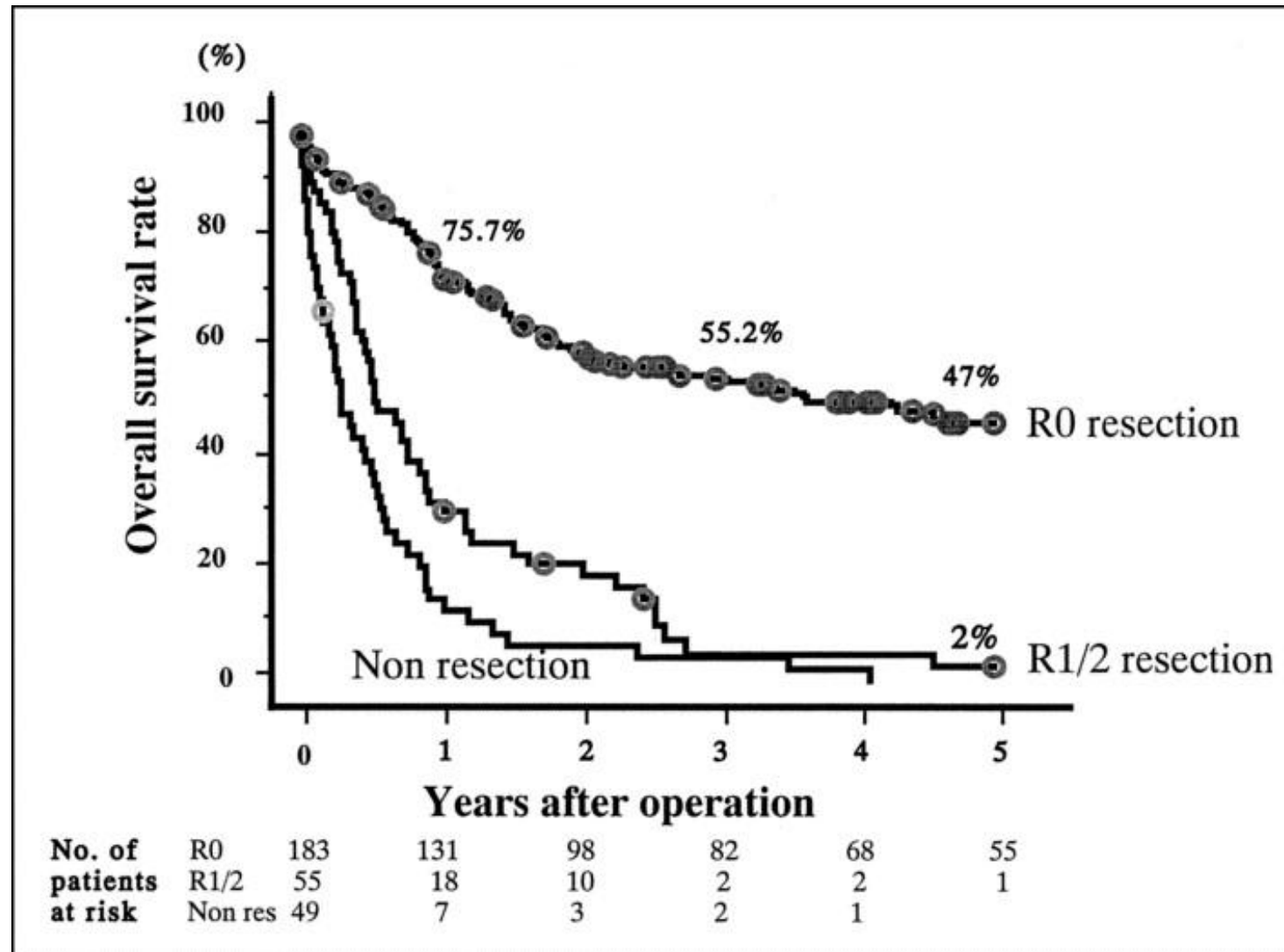


Αποκατάσταση: Οδός

Υποδόρια
Οπισθοστερνικά
Ορθότοπα



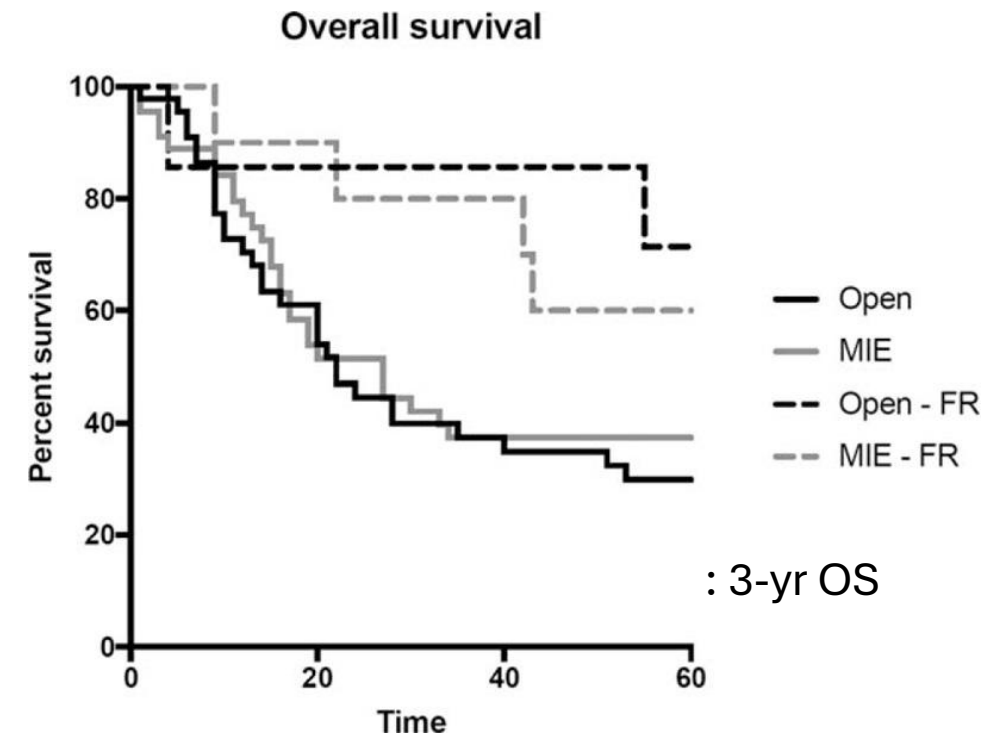
Ποιότητα Εκτομής



TIME Trial

Operative time (min) ^{*†}	299 (66–570)	329 (90–559)	0.002
Blood loss (mL) [‡]	475 (50–3000)	200 (20–1200)	<0.001
VAS (10 days) [¶]	3 (2)	2 (2)	0.001
Vocal-cord paralysis ^{††}	8 (14%)	1 (2%)	0.012

Pulmonary infection in-hospital		19 (34%)	7 (12%)	0.005
Hospital stay (days) [*]		14 (1–120)	11 (7–80)	0.044
Short-term quality of life [‡]				
SF 36 [‡]	Physical component summary	36 (6; 34–39)	42 (8; 39–46)	0.007
	Mental component summary	45 (11; 40–50)	46 (10; 41–50)	0.806
EORTC C30 [‡]	Global health	51 (21; 44–58)	61 (18; 56–67)	0.020
OES 18 [‡]	Talking	37 (39; 25–49)	18 (26; 10–26)	0.008
	Pain	19 (21; 13–26)	8 (11; 5–11)	0.002

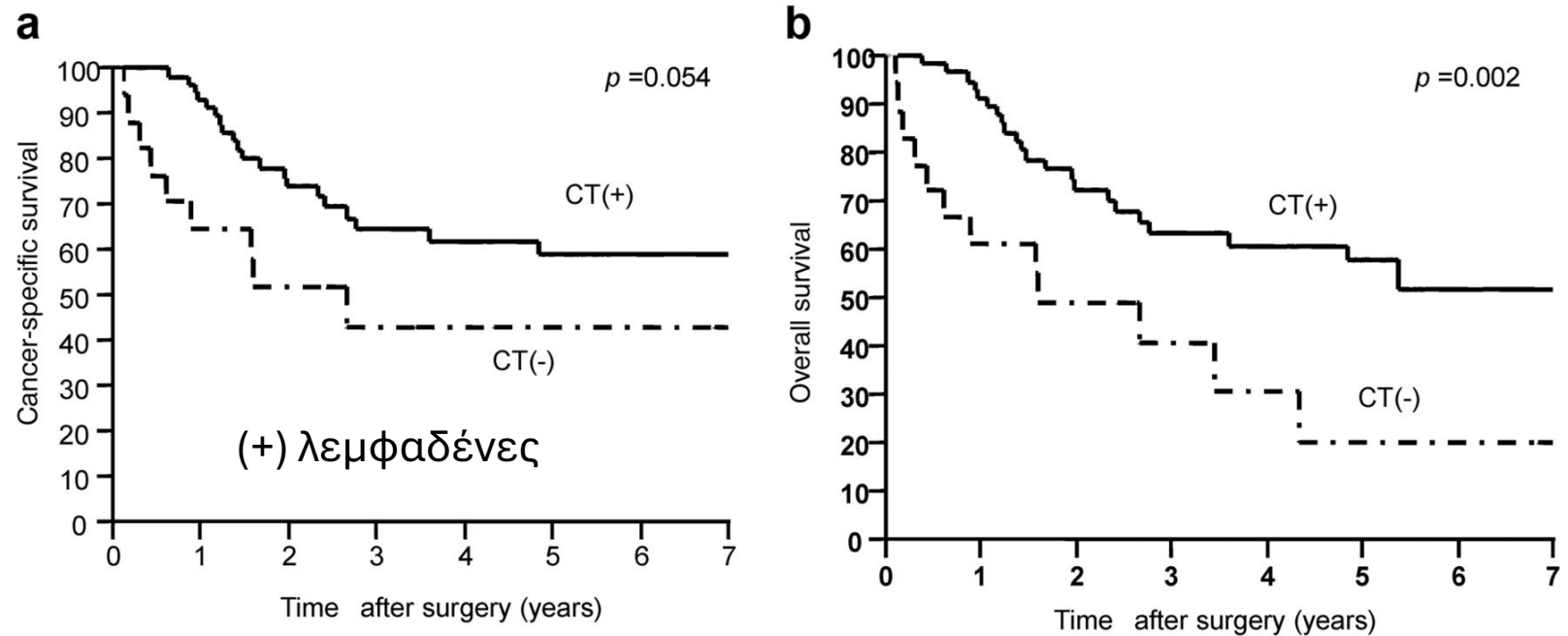


Λιγότερο αιματηρές, λιγότερο επώδυνες, βραχύτερη νοσηλεία, ίδιο αποτέλεσμα



Επικουρική ΧΘΠ

- Επαρκής λεμφαδενεκτομή αλλά (+) λεμφαδένες
- Ανεπαρκής λεμφαδενεκτομή
- Υποτροπή



Προ- και Περι-εγχειρητική θεραπεία

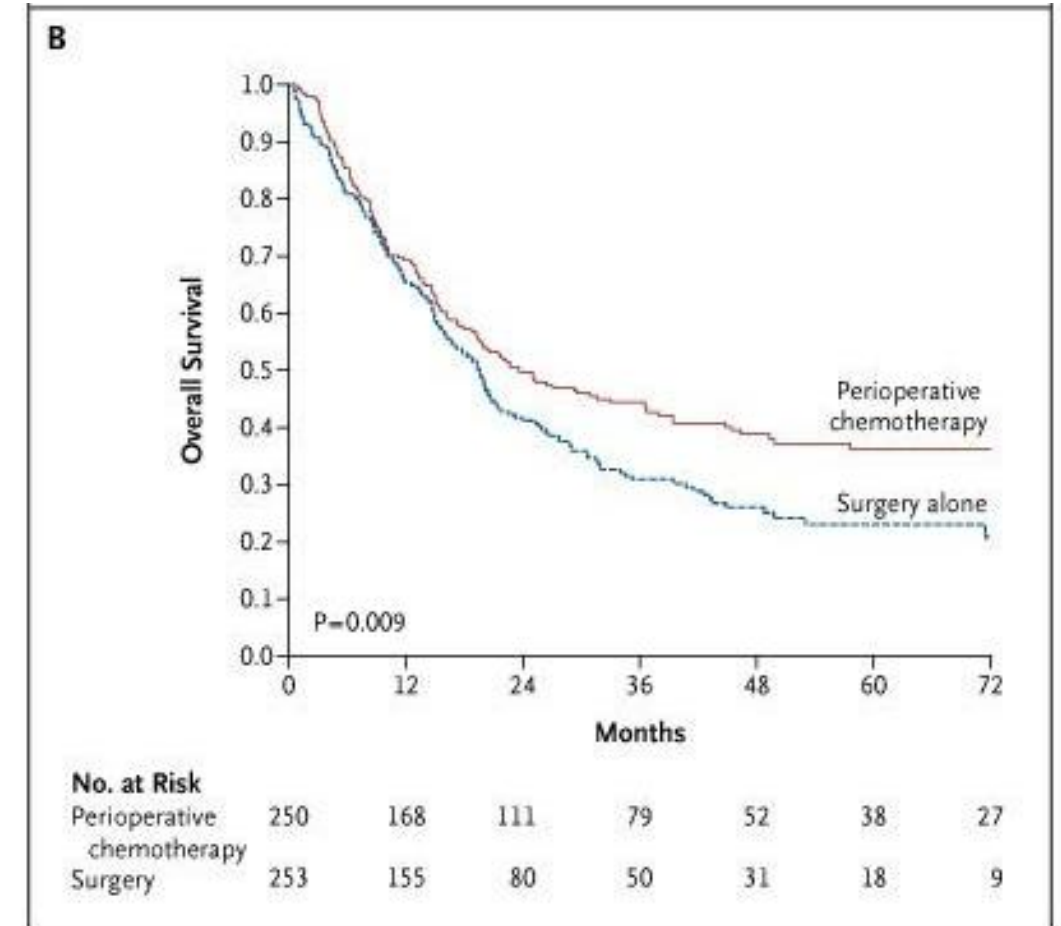
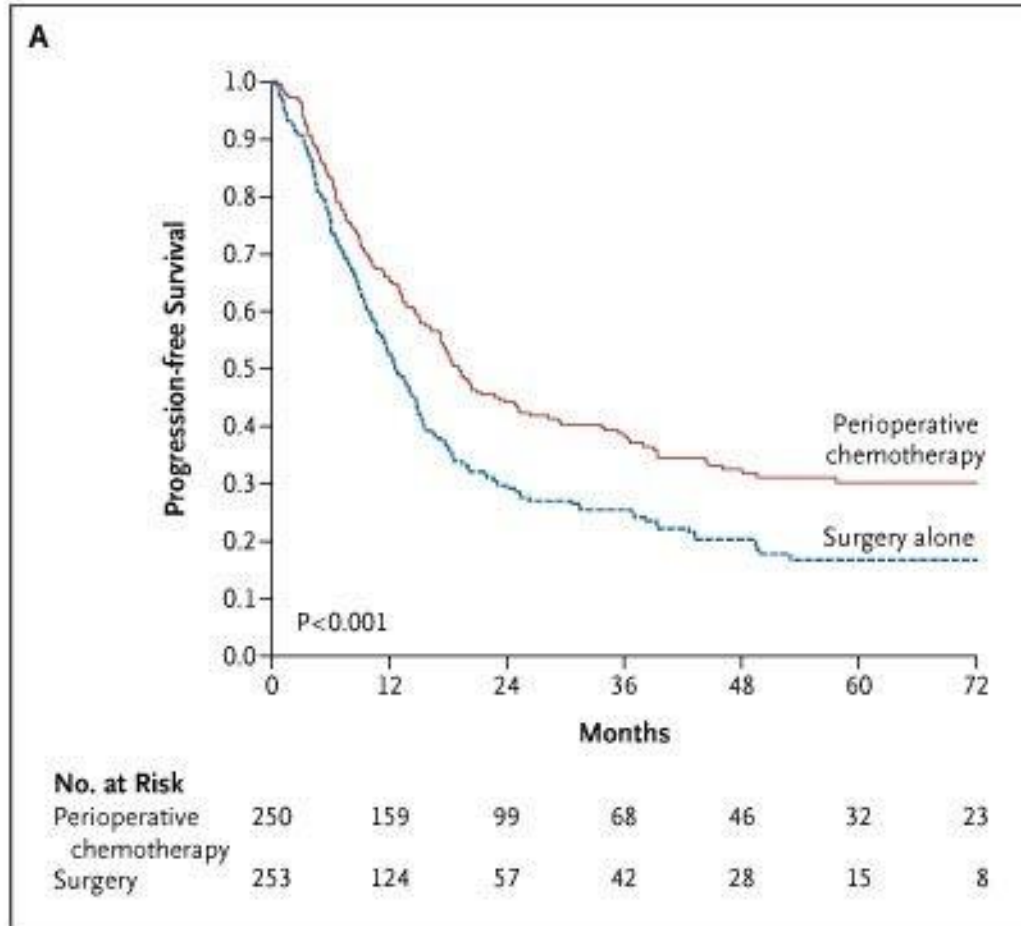
Υποσταδιοποίηση και επίτευξη R_0 εκτομής

- Προεγχειρητική χημιο-ακτινοθεραπεία και χειρουργείο
- Περιεγχειρητική χημιοθεραπεία (ΧΘΠ+ΧΡΓ+ΧΘΠ)

Ογκολογικό Συμβούλιο



MAGIC TRIAL (2006): gastric or gastro-oesophageal junction

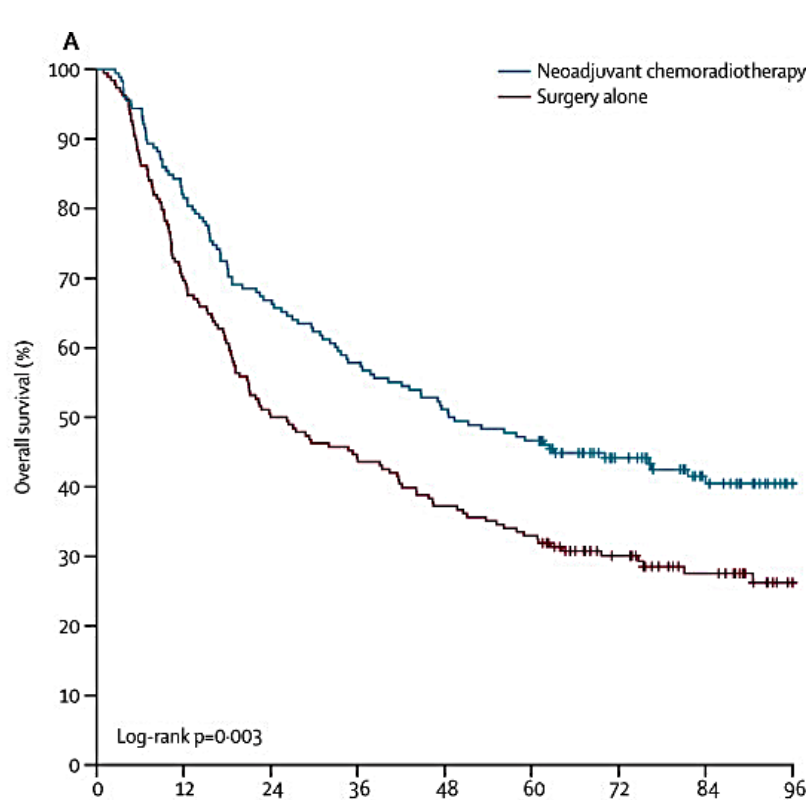


Epirubicin Cisplatin Fluorouracil (ECF)

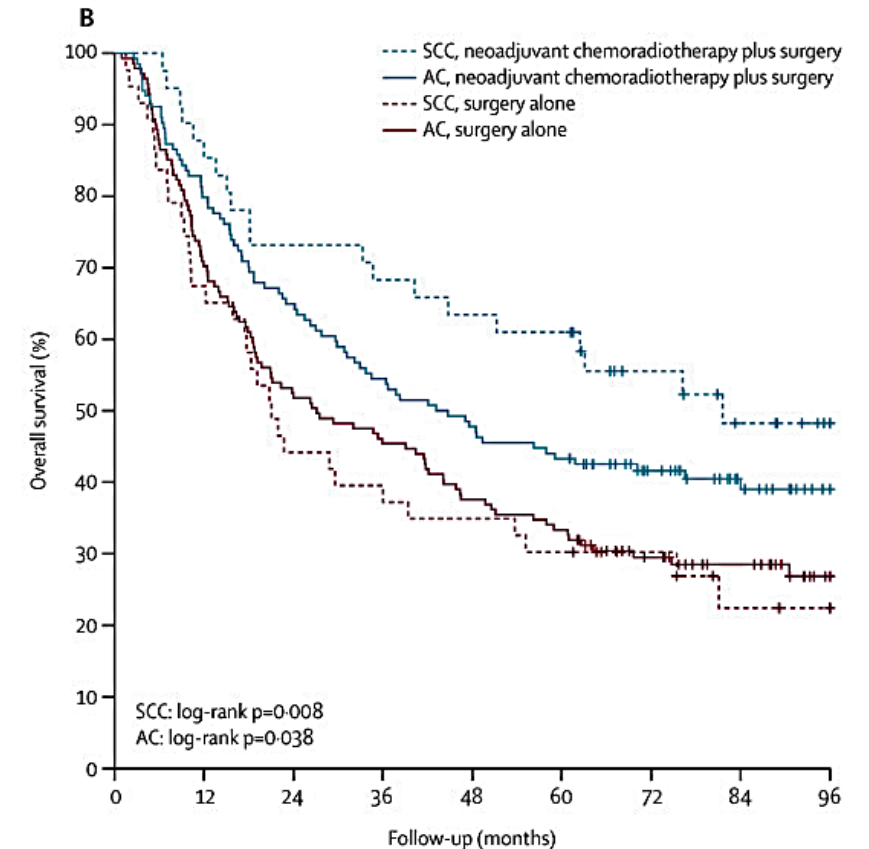


CROSS TRIAL (2012): esophagus or esophagogastric junction

Paclitaxel (50 mg/m²) + Carboplatin i.v. 1, 8, 15, 22, 2 & 41.4 Gy (23 fractions 1.8 Gy, 5/w).



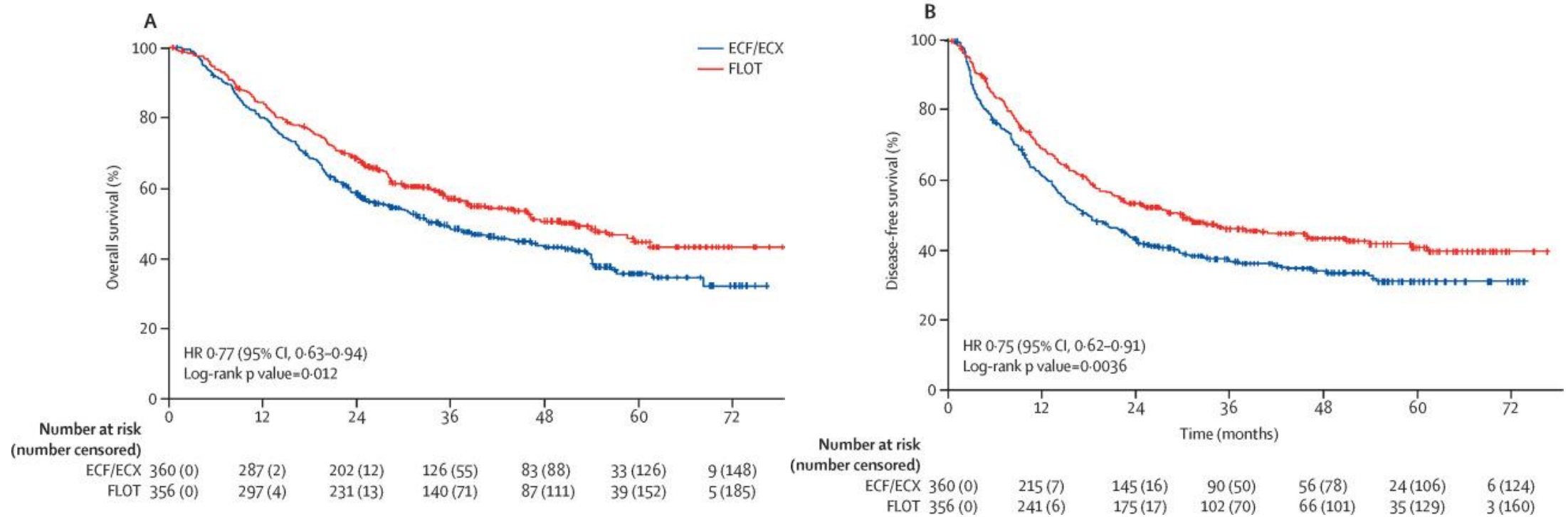
Number at risk	0	12	24	36	48	60	72	84	96
Neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery	178	145	119	103	91	83	59	40	22
Surgery alone	188	131	94	83	70	62	42	28	14
Total	366	276	213	186	161	145	101	68	36



Number at risk	0	12	24	36	48	60	72	84	96
SCC, neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery	41	35	30	28	26	25	17	11	6
SCC, surgery alone	43	29	19	17	16	13	9	5	4
AC, neoadjuvant chemoradiotherapy plus surgery	134	107	87	73	64	58	42	29	16
AC, surgery alone	141	99	73	64	53	47	32	23	10
Total	359	270	209	182	158	143	100	68	36



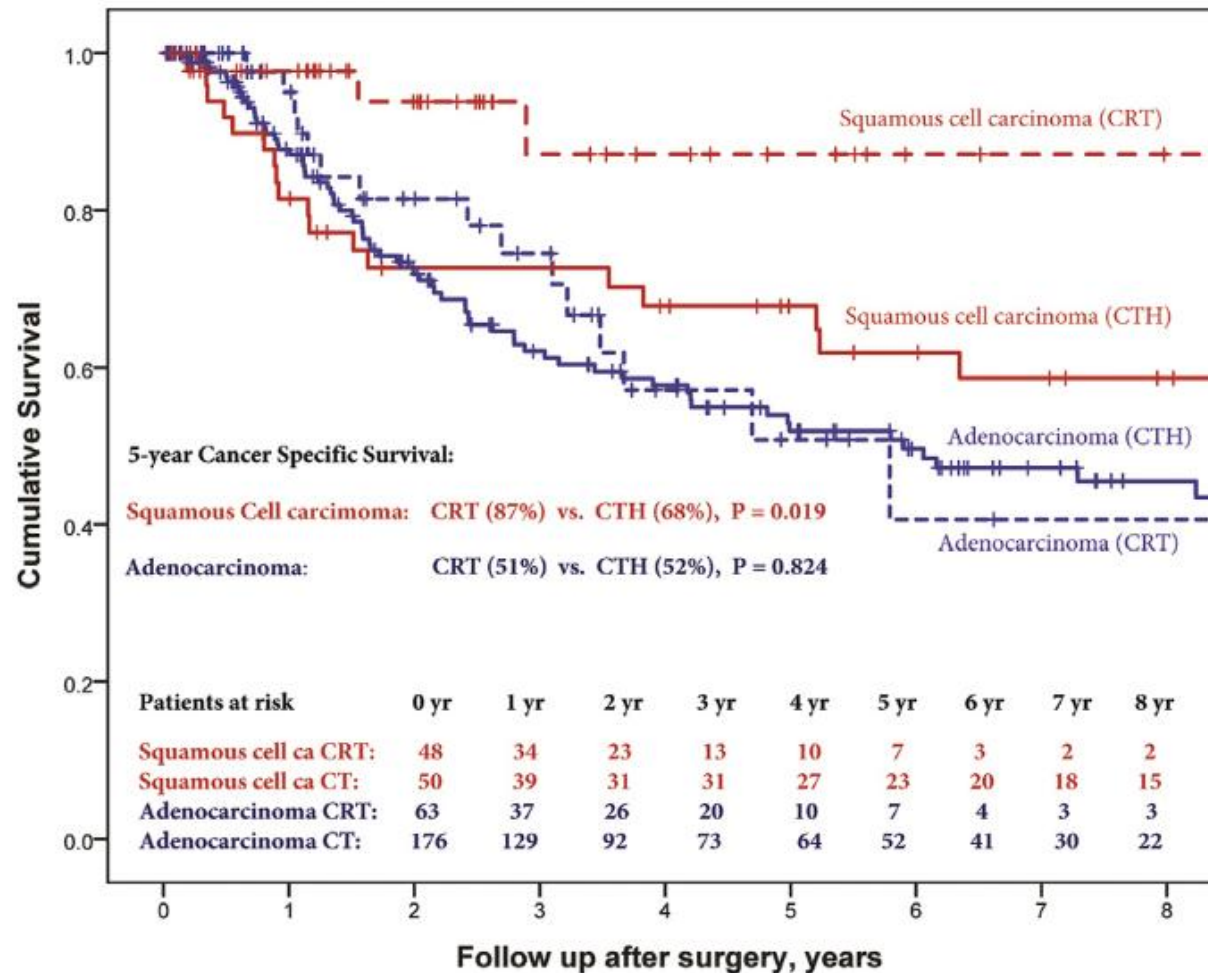
FLOT TRIAL (2019): gastric or gastro-oesophageal junction



	MAGIC	CROSS	FLOT
ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ	14,8	74	-
I	11,2	22	24
II / III		-	32
ΣΤΟΜΑΧΟΣ	74	-	44
	42 % completed all protocol 34 % no pop chemotherapy	94% completed all cycles	46% completed all cycles 40% no pop chemotherapy



Ανταπόκριση σε Neoadjuvant & Ιστολογικός Τύπος



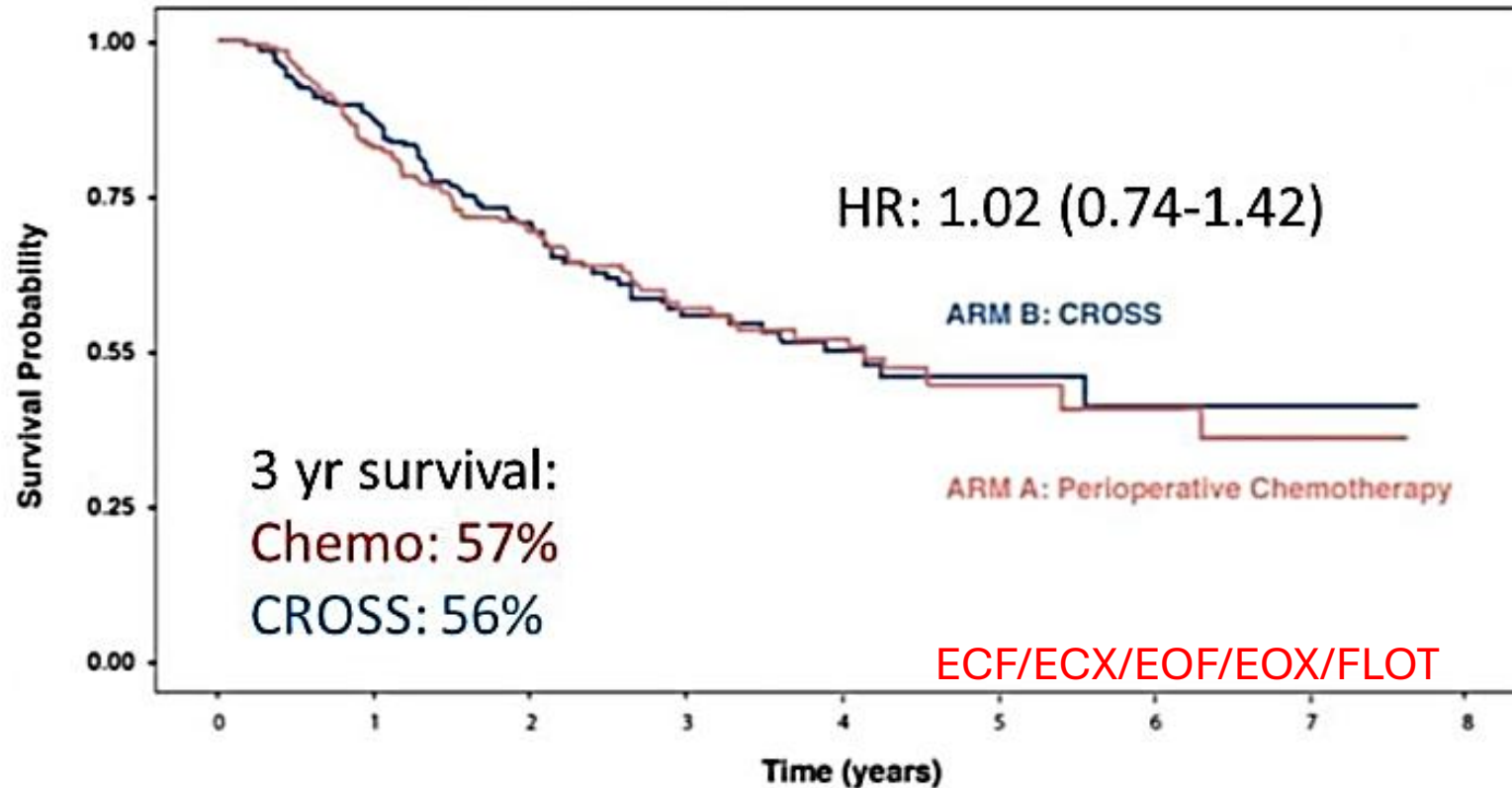
338 patients

platinum-based 98.5%, 64% taxane



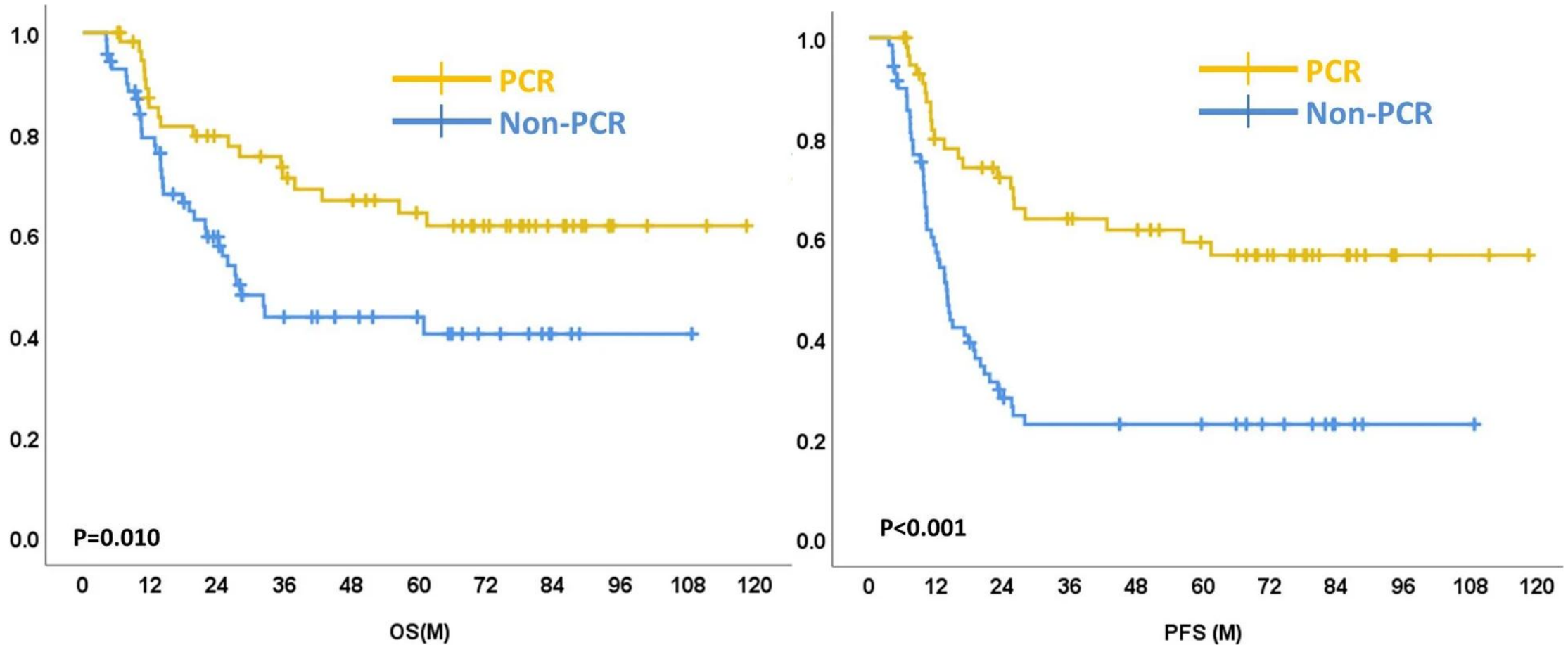
NEO AEGIS TRIAL: esophagus or esophagogastric junction

Overall Survival

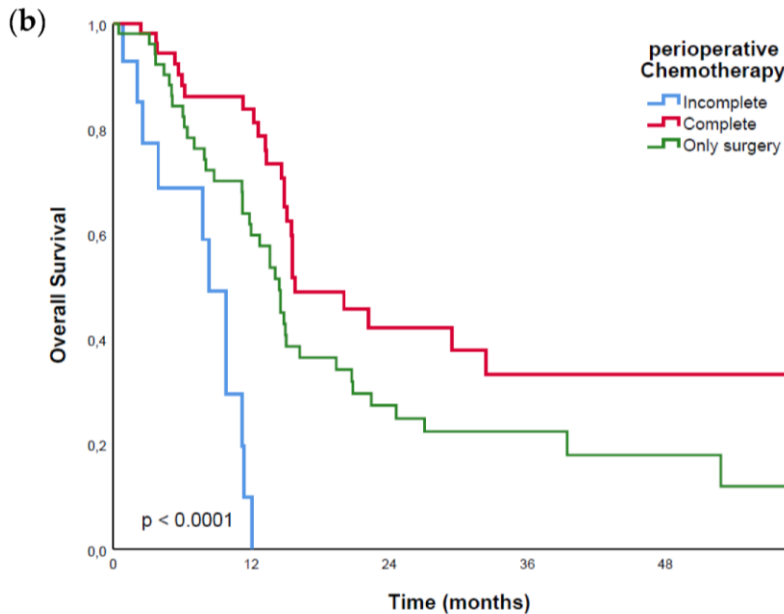


Πλήρης Ανταπόκριση (;)

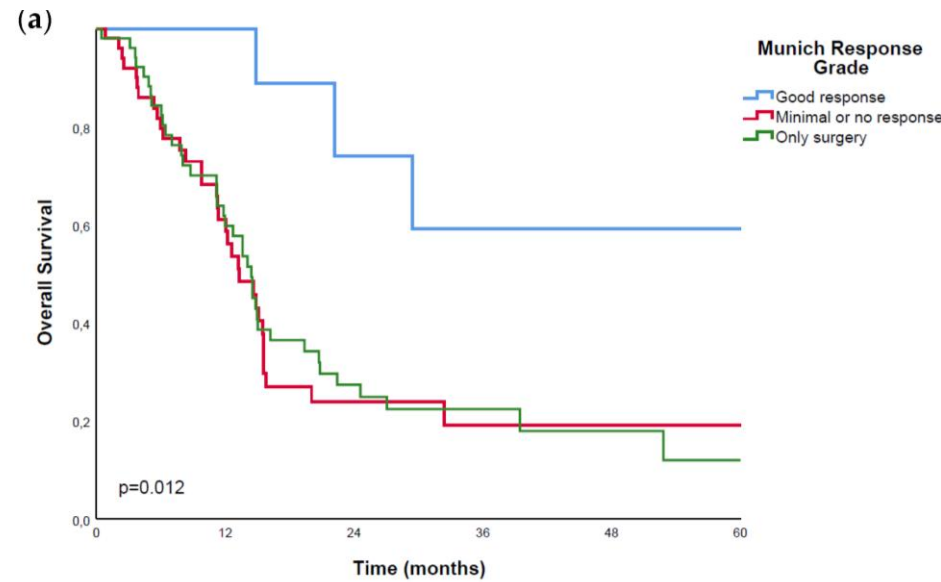
ESCC 50 -50.4 Gy & CP +5FU 2 cycles / 127 patients



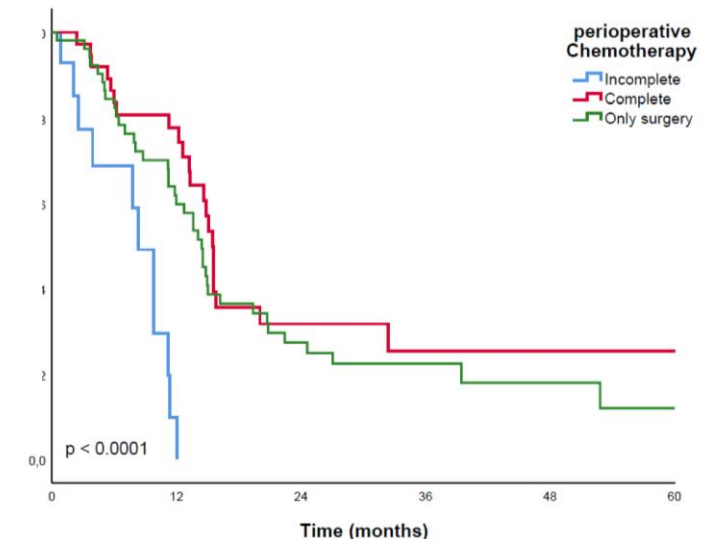
Απόκριση σε FLOT – Ολοκλήρωση Θεραπείας



Survival **completed / uncompleted**
FLOT treatment



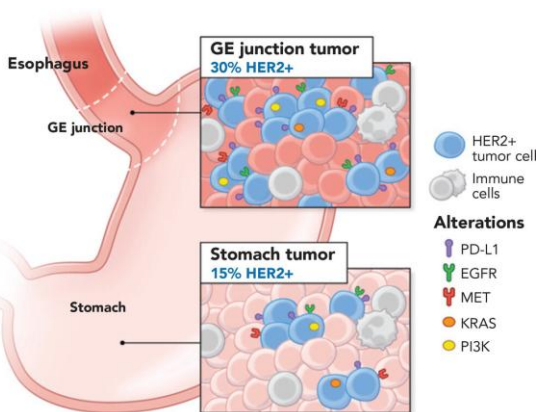
Survival **response / no**
response



“minimal or no response”
completed / uncompleted FLOT treatment



Στοχευμένες θεραπείες – HER2+



Trial	Setting	Design	Outcomes
ToGA ¹¹	1L metastatic disease	Chemotherapy ± trastuzumab	Median OS: 13.8 vs 11.1 mo
KEYNOTE-811 ¹⁴	1L metastatic disease	Trastuzumab/Chemotherapy + pembrolizumab vs placebo	ORR: 74% vs 52% CR: 11% vs 3%
DESTINY-Gastric01 ³¹	3L metastatic disease, Asian patients	T-DXd vs physician's choice (taxane vs irinotecan)	ORR (primary endpoint): 51% vs 14% Median PFS: 5.6 vs 3.5 mo Median OS: 12.5 vs 8.4 mo
DESTINY-Gastric02 ³²	2L metastatic disease, Western patients	T-DXd	ORR (primary endpoint): 42% Median PFS: 5.6 mo Median OS: 12.1 mo

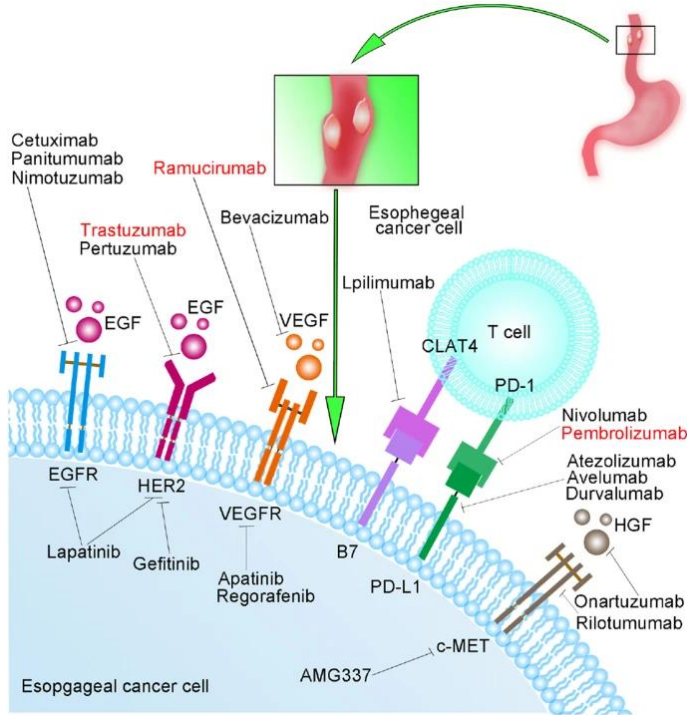
2,7 mo

4,1 mo

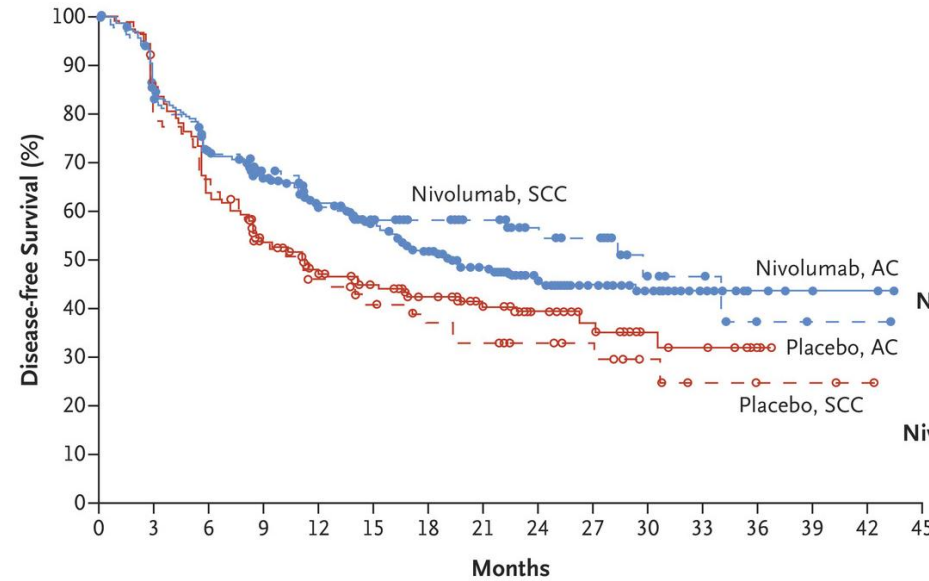
Abbreviations: 1L, first-line; 2L, second-line; 3L, third-line; CR, complete response; ORR, overall response rate; OS, overall survival; PFS, progression-free survival; T-DXd, trastuzumab deruxtecan.



Στοχευμένες θεραπείες – Ανοσοθεραπεία (Advanced)



Disease-free Survival According to Histologic Type



Kelly et al N Engl J Med 2021; 384:1191-1203 DOI: 10.1056/NEJMoa2032125

ATTRACTION-3
(NCT02569242)

Median OS for **nivolumab** 10.9 mo vs 8.4 mo taxane chemotherapy

KEYNOTE-590

pembrolizumab plus chemotherapy, ESCC all randomised patients **12.4 mo vs 9.8 mo**

Yang et al 2020 Sig Transduct Target Ther 5, 229 <https://doi.org/10.1038/s41392-020-00323-3>



Ολιγομεταστατική νόσος;;;

1 όργανο, ≤ 3 μεταστάσεις ή 1 μη περιοχική λεμφαδενική ομάδα

- Σύγχρονες ή μετάχρονες (< 2 έτη)
 - Συστηματική θεραπεία
 - Επανασταδιοποίηση
 - Τοπική αντιμετώπιση
- Μετάχρονες (> 2 έτη)
 - Τοπική αντιμετώπιση + συστηματική θεραπεία
 - Συστηματική θεραπεία + τοπική αντιμετώπιση



Μεταστατική νόσος: Παρηγορική Αγωγή

Προσδόκιμο < 6 μήνες

- Ενδονάρθηκας
- Διαστολή
- ΧΡΓ (διασκελειαία)
 - Αποτυχία τοποθέτησης ενδονάρθηκα
 - Διάτρηση
 - Αιμορραγία (ΑΚΘ?)



Συνήθης Πρακτική

