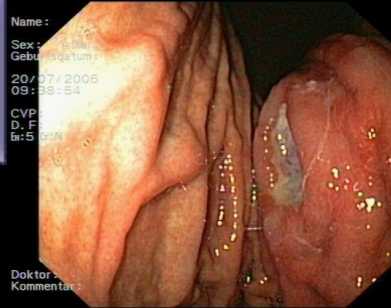
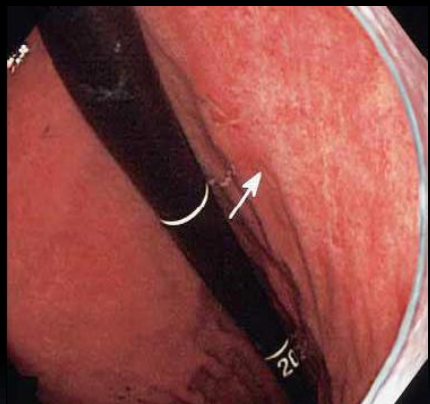


Name :  
Sex : Alter:  
Geburtsdatum:  
24/05/2007  
09:57:23  
CVP:  
D. F:  
Er:3 6:N  
Doktor:  
Kommentar:



Name :  
Sex : Alter:  
Geburtsdatum:  
20/07/2005  
09:38:54  
CVP:  
D. F:  
Er:5 2:N  
Doktor:  
Kommentar:



# Ιωάννης Σ. Παπανικολάου

**Αναπλ. Καθηγητής  
Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας**

**Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα,  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν».**

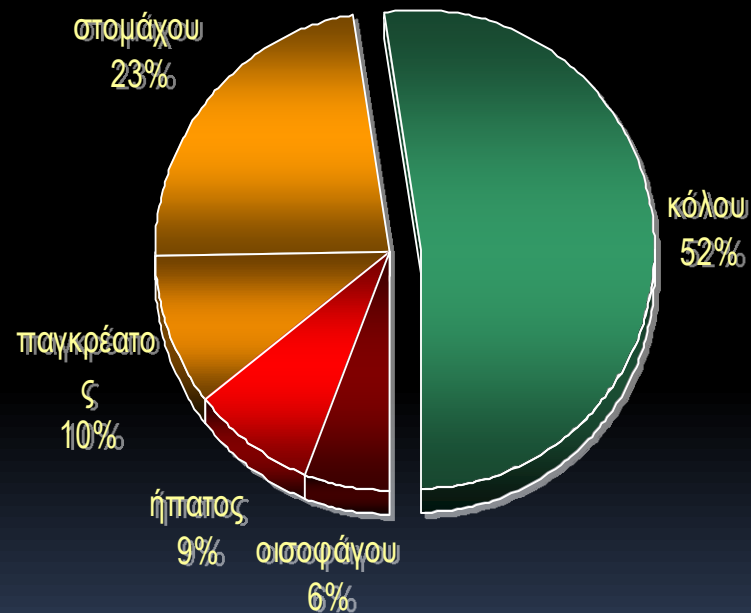
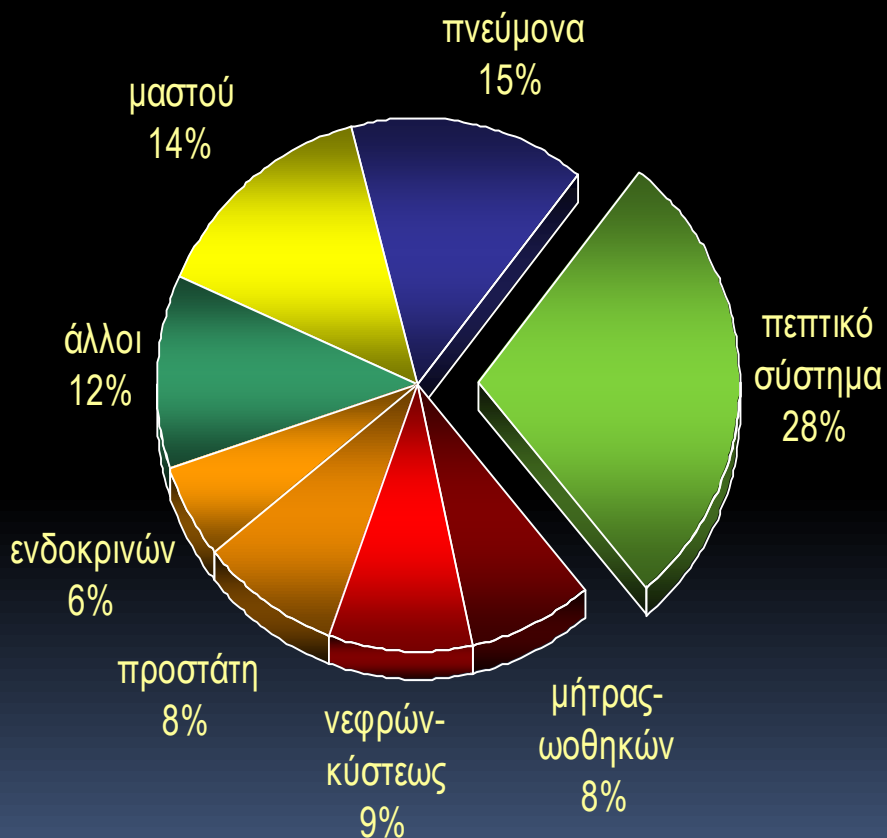
# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

# **ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** **Ασθενής προσέρχεται στα ΤΕΠ**

- Άνδρας ή Γυναίκα, συνηθως μεγαλύτερης ηλικίας
- Αναιμία
- Απώλεια βάρους
- Σχέση με το φαγητό? (μείωση όρεξης, δυσφαγία?)
- Απώλεια αίματος με τις κενώσεις (μακροσκοπική ή μικροσκοπική)



# Συχνότητα καρκίνων στην Ε.Ε.



# ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ, WHO 2000 (ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ)

## **A. Επιθηλιακά νεοπλάσματα**

1. Ενδοεπιθηλιακή  
νεοπλασία/Αδενώματα
2. Καρκινώματα (αδενο, εκ  
πλακώδους επιθηλίου).
3. Νευροενδοκρινείς όγκοι  
(NET)

## **B. Μη επιθηλιακά νεοπλάσματα.**

1. Λέμφωμα.
2. GISTs.
3. Λειομύωμα – Λειομυοσάρκωμα.
4. Σβάνωμα.
5. Κοκκιοκυτταρικός όγκος.
6. Σάρκωμα Kaposi.
7. Glomus tumor.
8. Άλλοι όγκοι.

## **Γ. Μεταστατικοί όγκοι.**

# ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ (ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΑ)

## Νεοπλάσματα ανωτέρου πεπτικού

- Στοματοφάρυγγα
- Οισοφάγου
- Στομάχου
- Λεπτού εντέρου  
(δωδεκαδακτύλου – φύματος Vater)
- Παχέος εντέρου

# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Επιτρέπει την ακριβή  
επισκόπηση της  
βλάβης  
(μορφολογία – έκταση:  
διάγνωση – σταδιοποίηση)

Επιτρέπει τη λήψη  
ιστολογικής και  
κυτταρολογικής εξέτασης  
από τη βλάβη κι αλλού  
(διάγνωση – σταδιοποίηση)

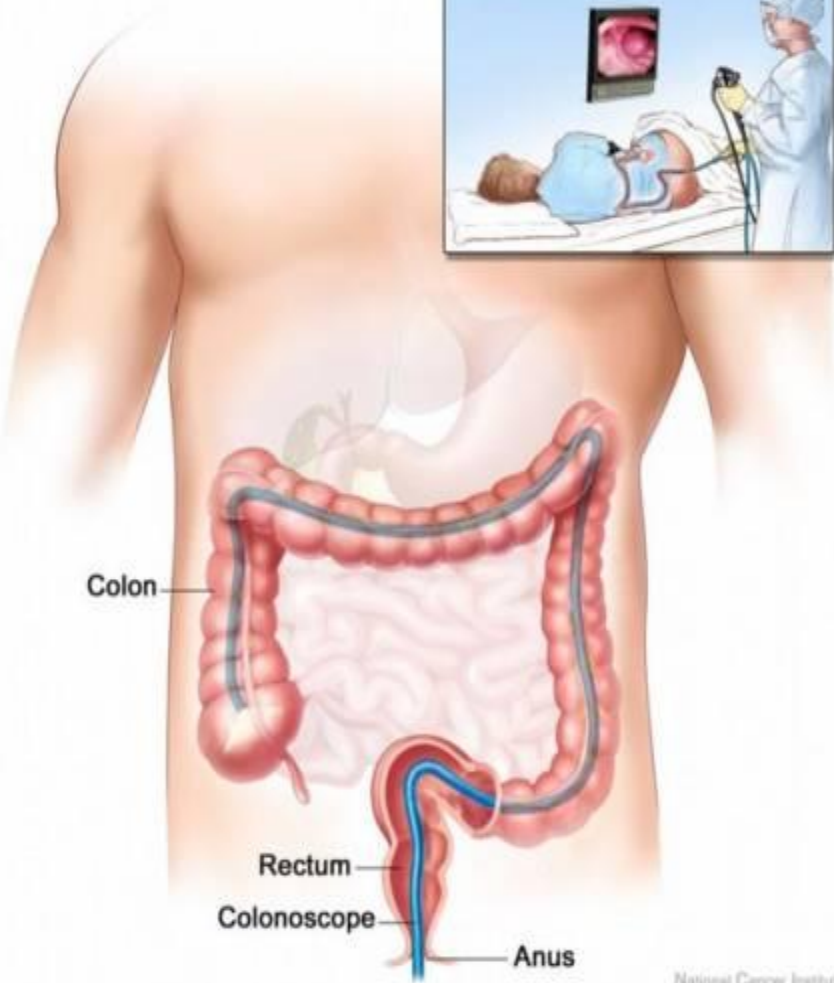
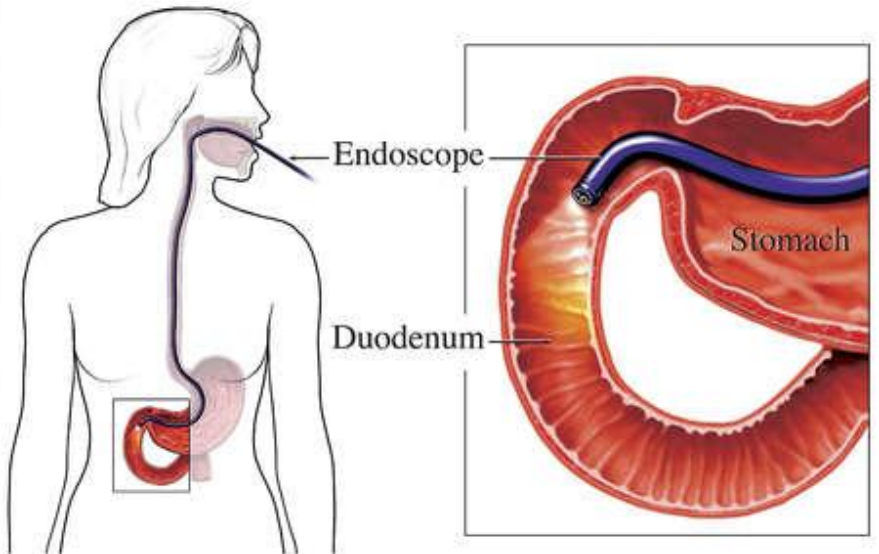
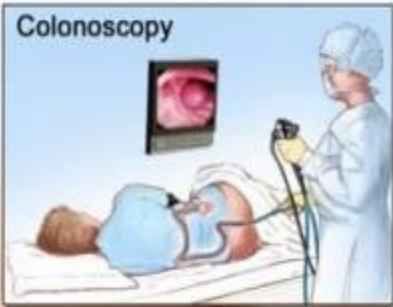
# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

*Είδη ενδοσκοπίων (με βάση το τμήμα του πεπτικού που εξετάζεται)*

- Γαστροσκόπιο (μήκους 110 cm – διάμετρος από 8,8 μέχρι 10,9 mm)
- Δωδεκαδακτυλοσκόπιο (μήκους 120 cm)
- Εντεροσκόπια (μήκους 200-250 cm)
- Κολονοσκόπια (μήκους 160 cm)



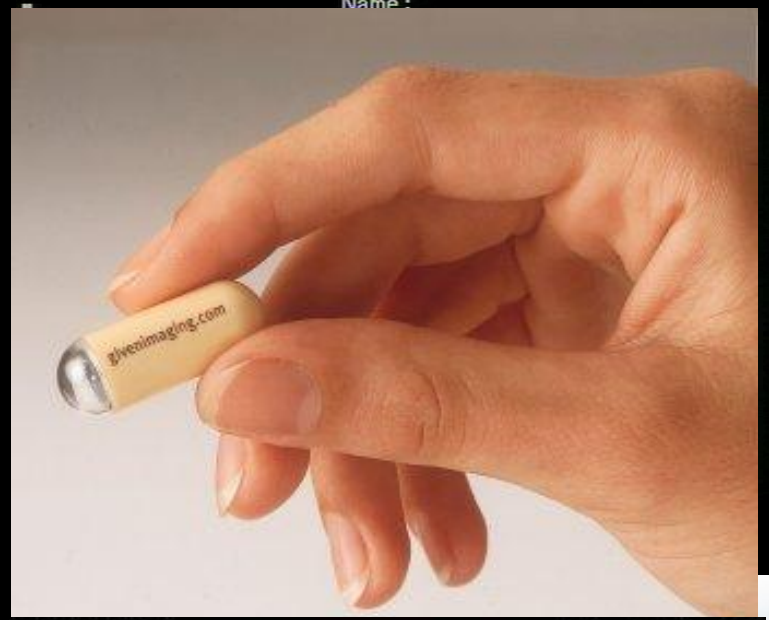
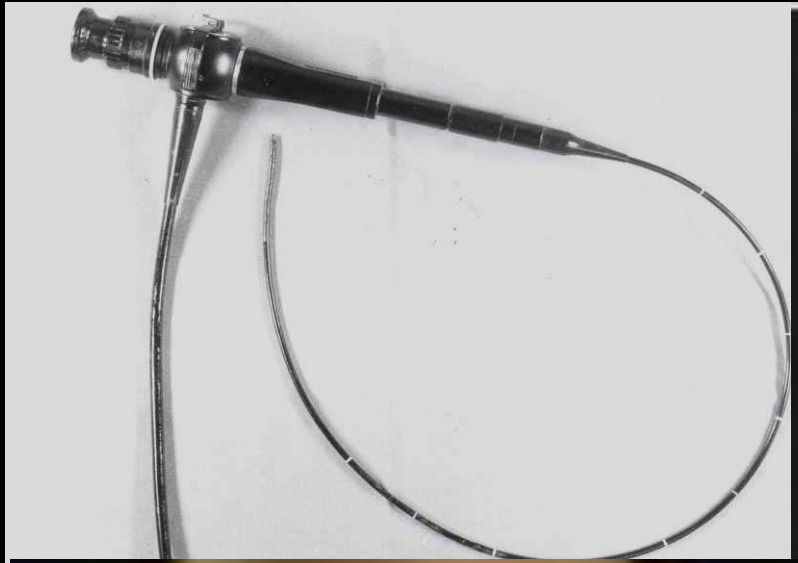




National Cancer Institute



Name :

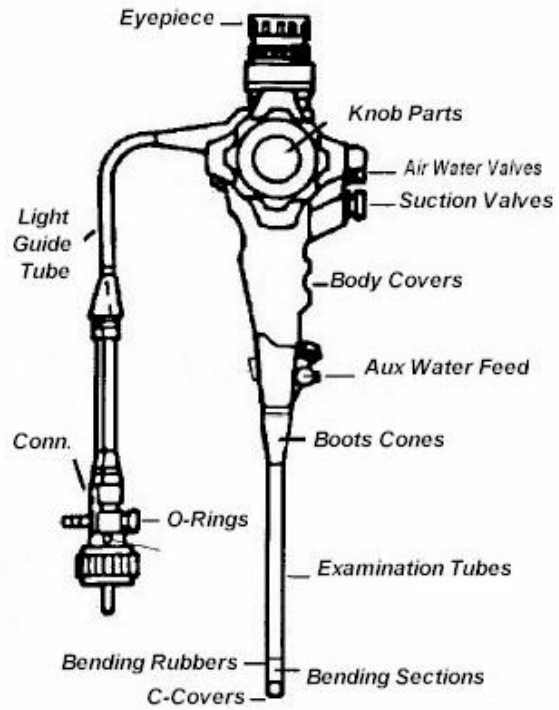


2:36:03  
WH

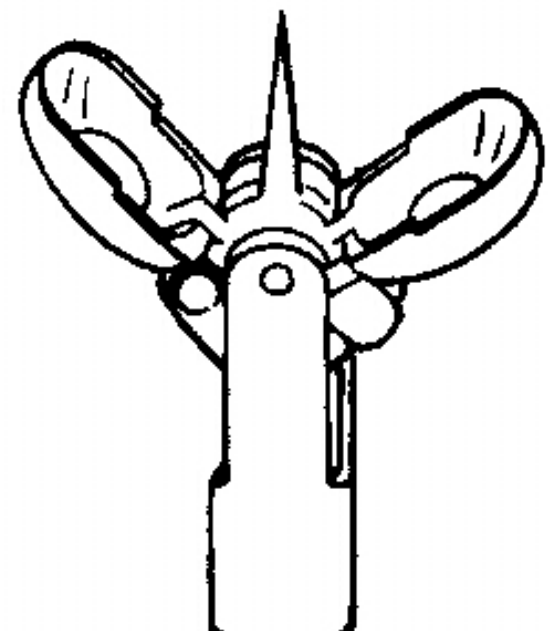
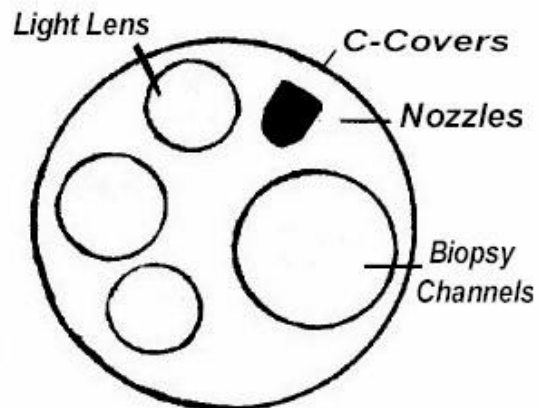
17 Sep 02

GIVEN(R)

Click on Scope below for Parts!



### DISTAL END ASSEMBLY



# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ

Name :  
Sex: Alter:  
Geburtsdatum:  
05/07/2007

CHARITE CAMP. VIRCHOW :  
ENTRALE ENDOSKOPIE :  
Y  
163/163  
31Hz



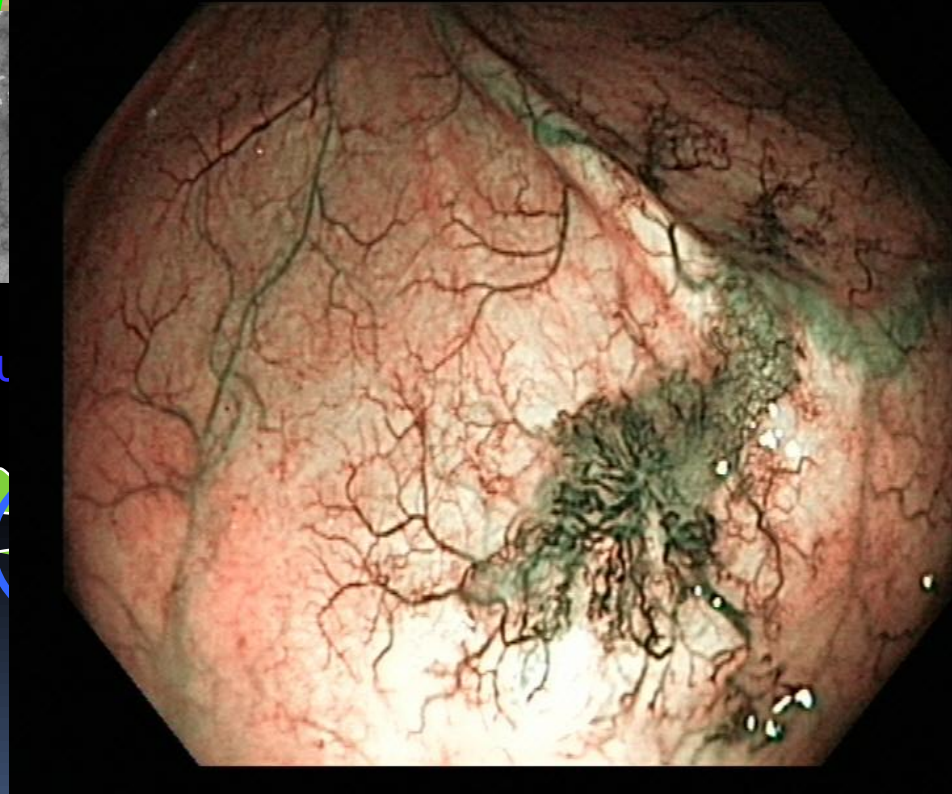
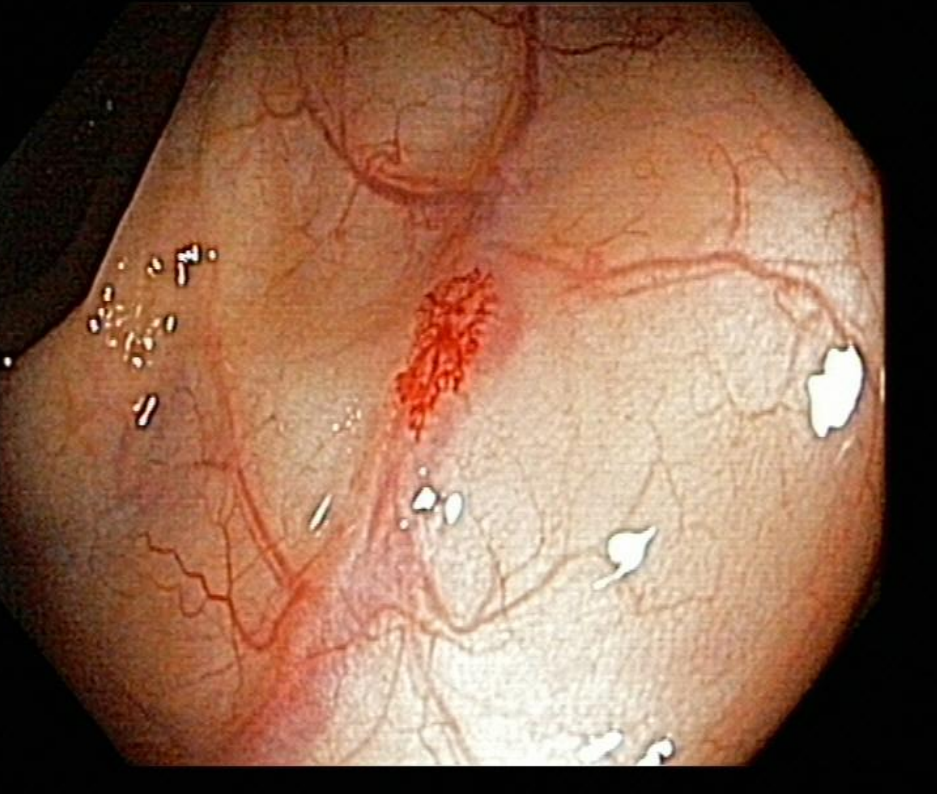
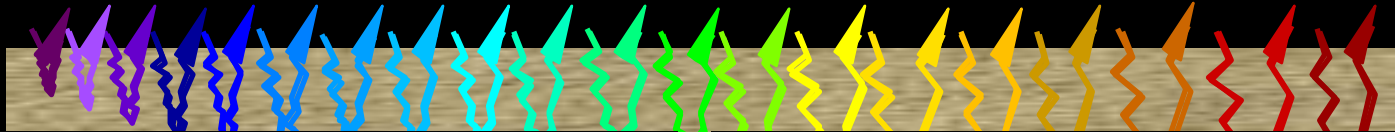
CHARITE CAMP. VIRCHOW :  
ZENTRALE ENDOSKOPIE :  
Y  
05-07-'07  
10:59:12  
ALOKA  
DVA: 75%  
Sex: Alter:  
Geburtsdatum:  
05/07/2007  
09:41:09  
CVP:  
D.F:  
Et:8 Gr:N



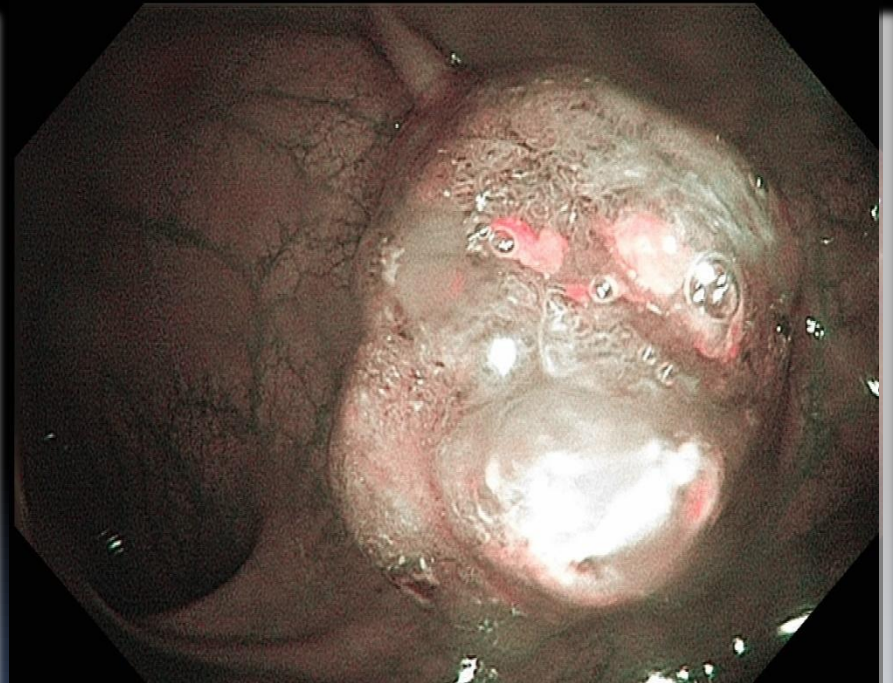
R04 077 05  
2: OLYMPUSPKT.

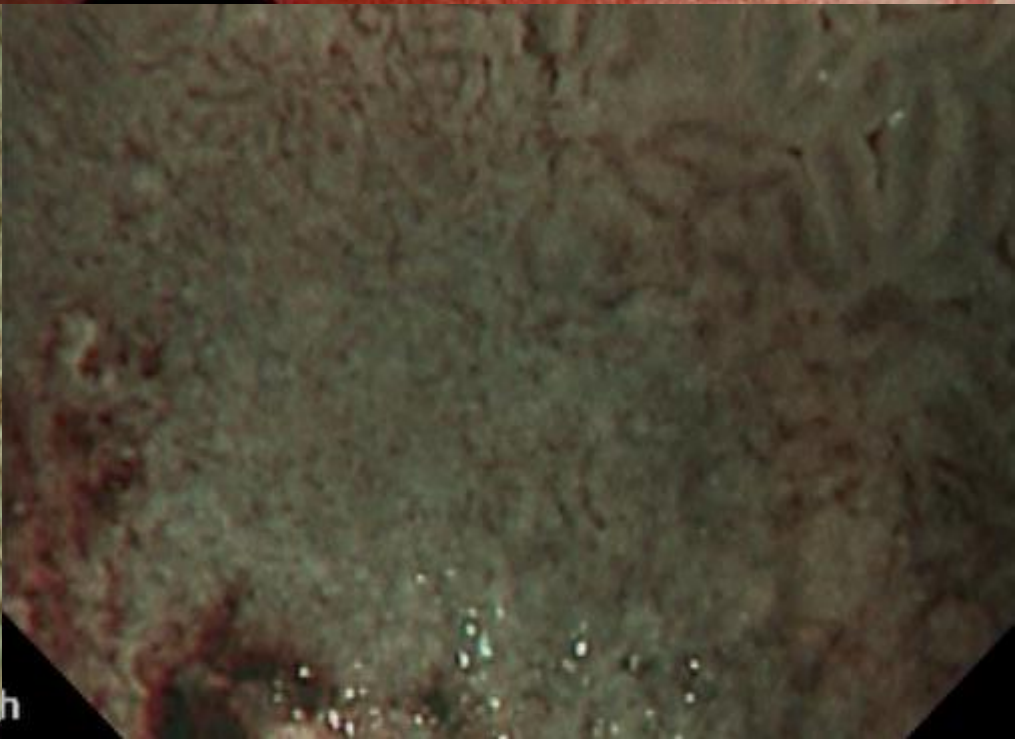
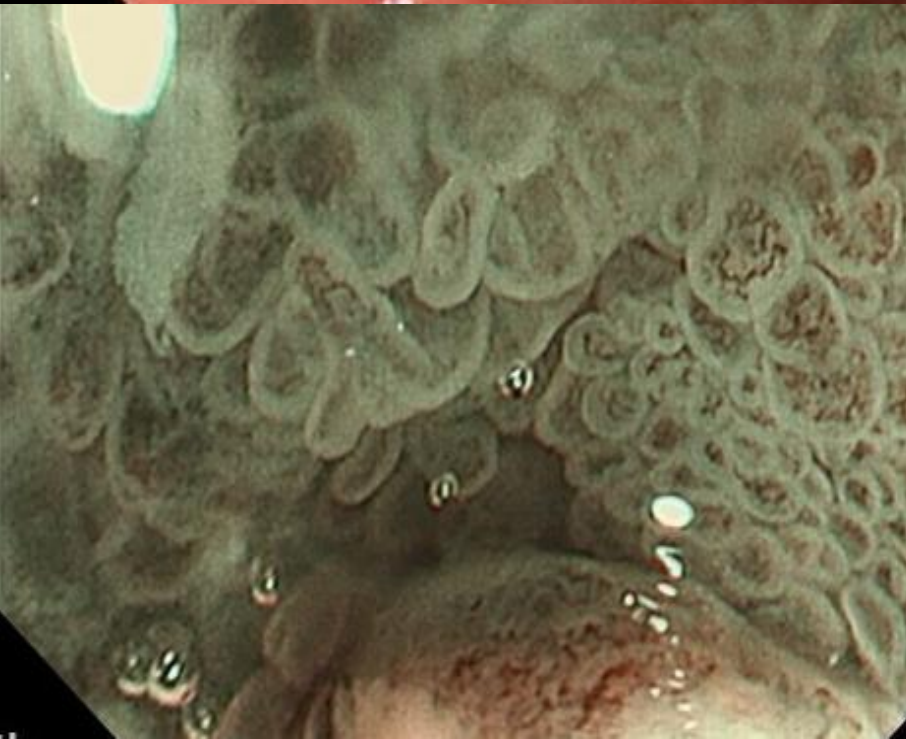
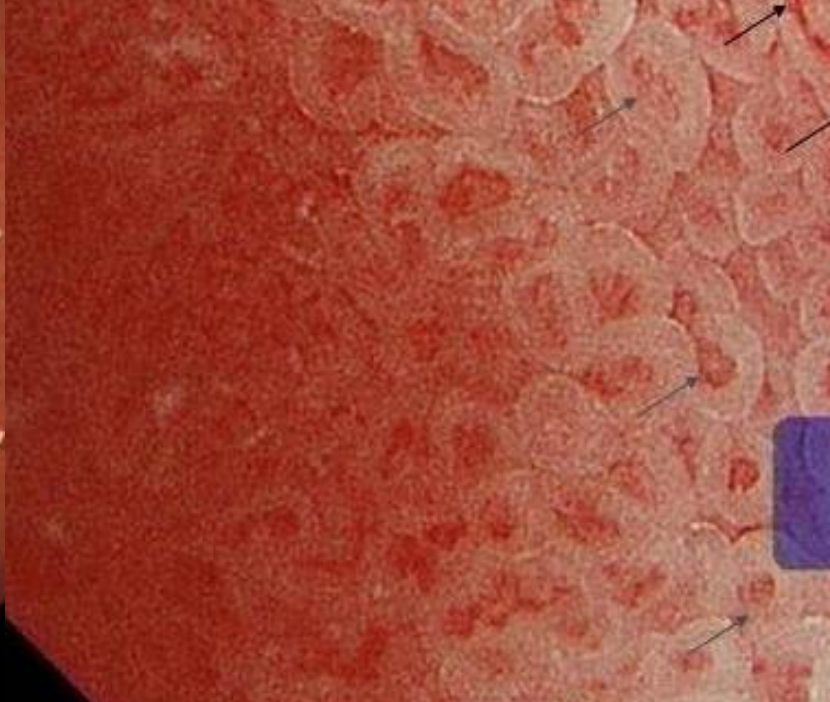
Doktor:  
Kommentar:

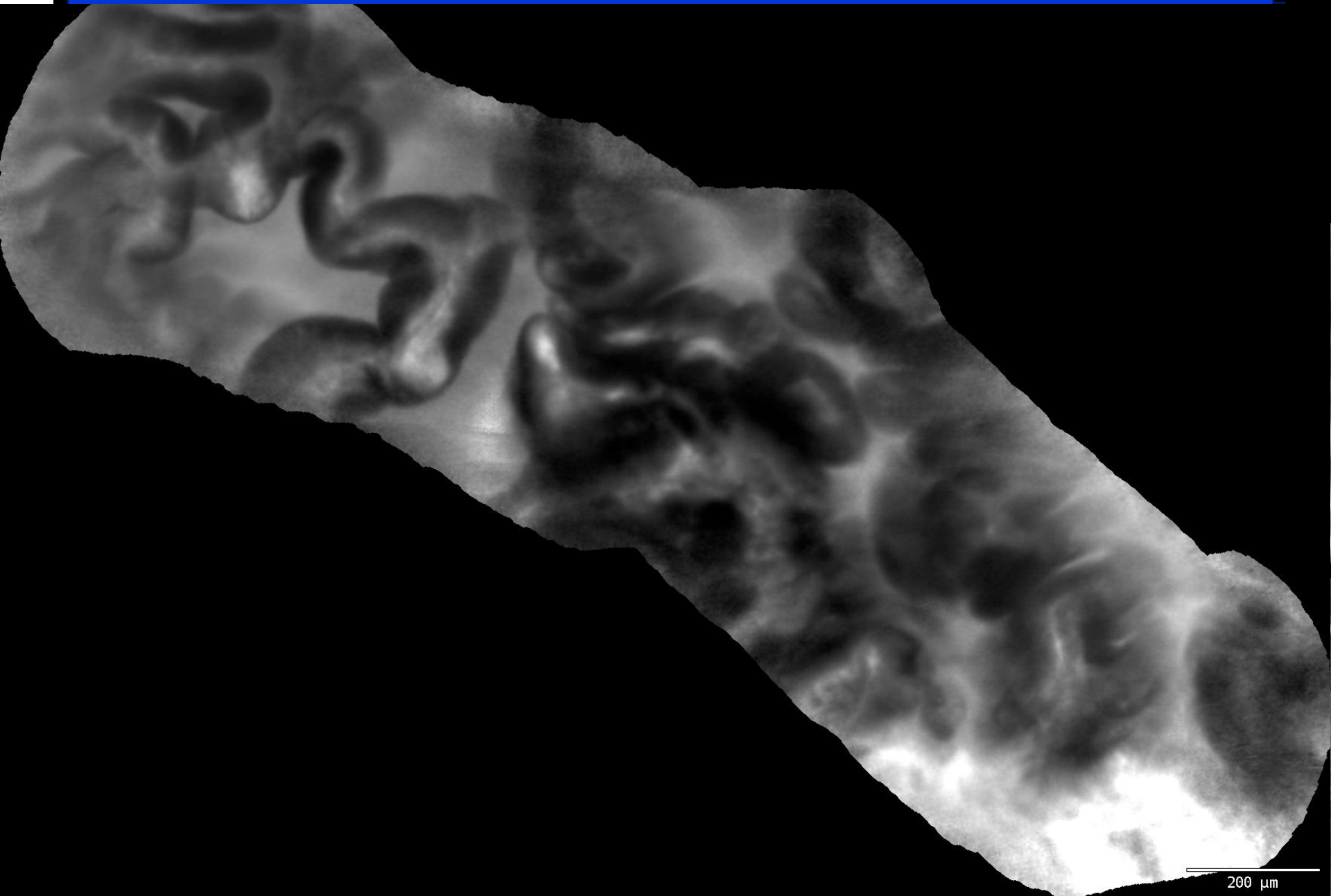
# Narrow Band Imaging (NBI)



# NBI: βελτίωση απεικόνισης;



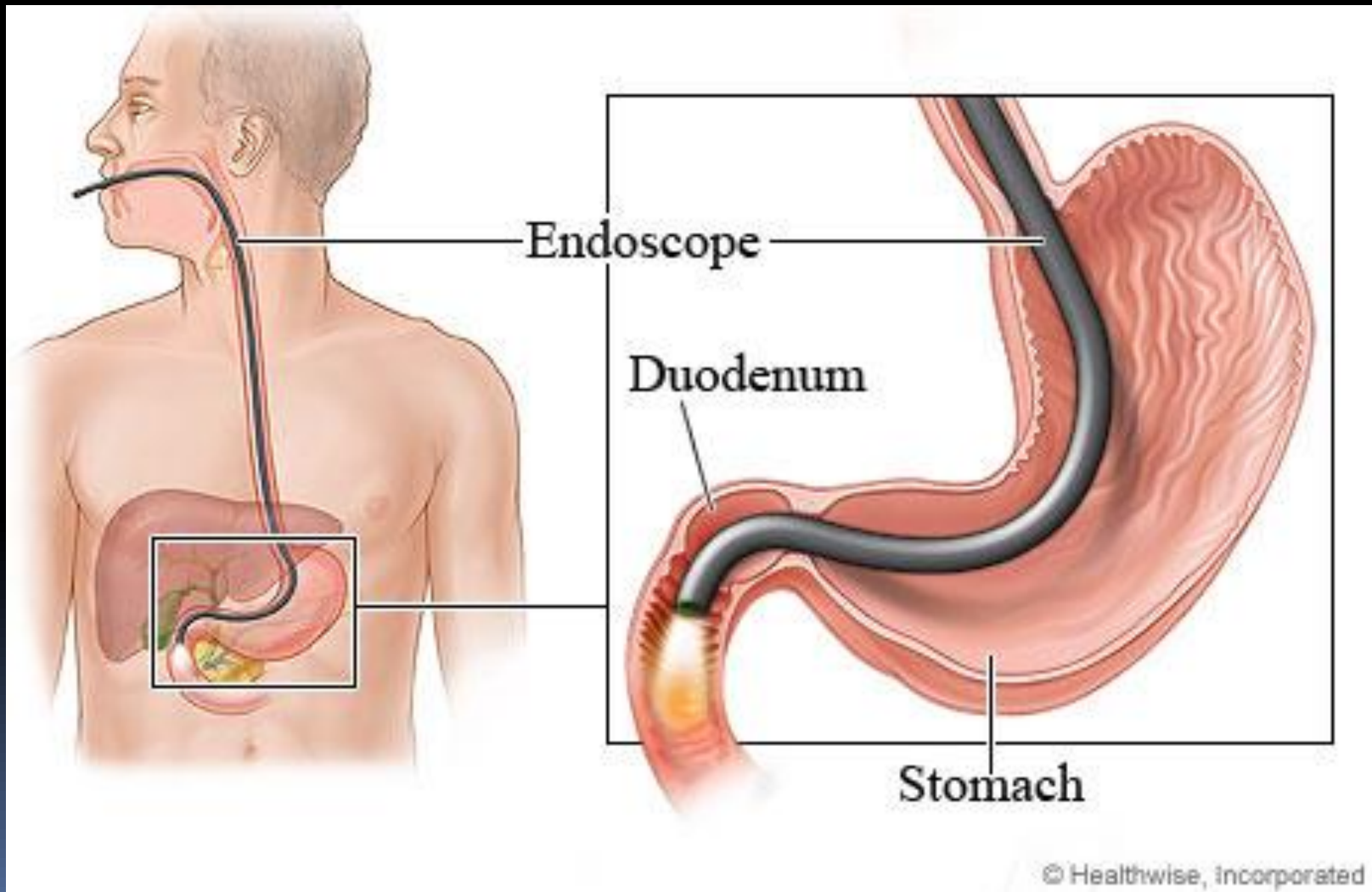




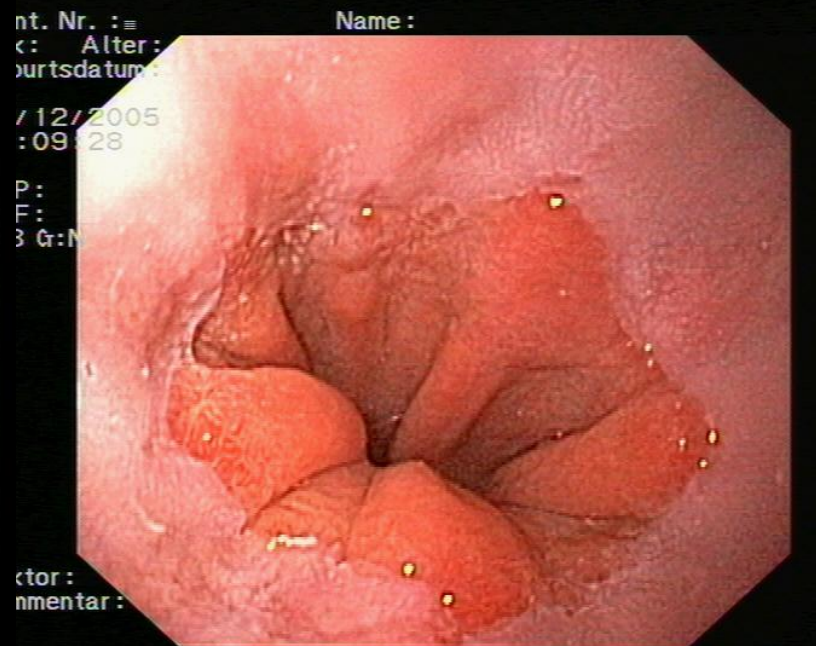
200 μm



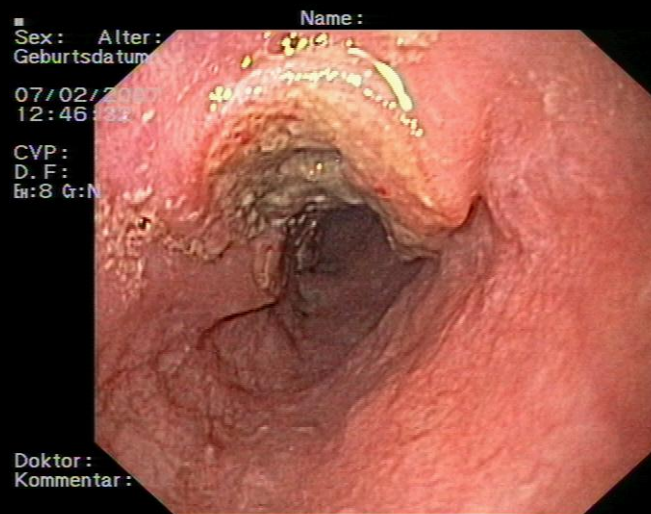
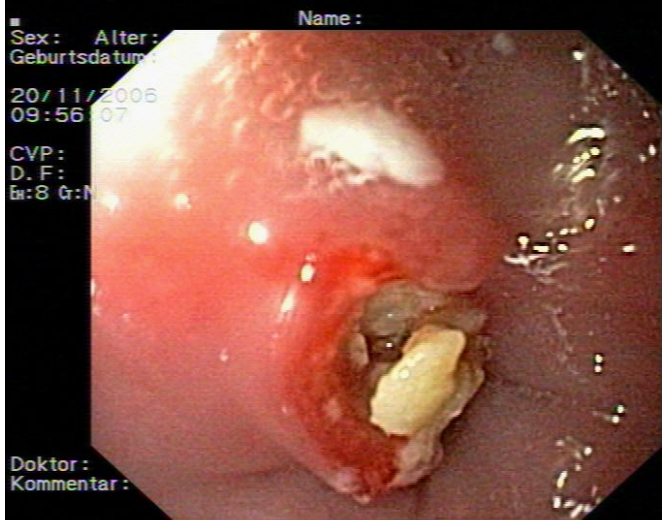
# ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ - ΕΙΚΟΝΕΣ



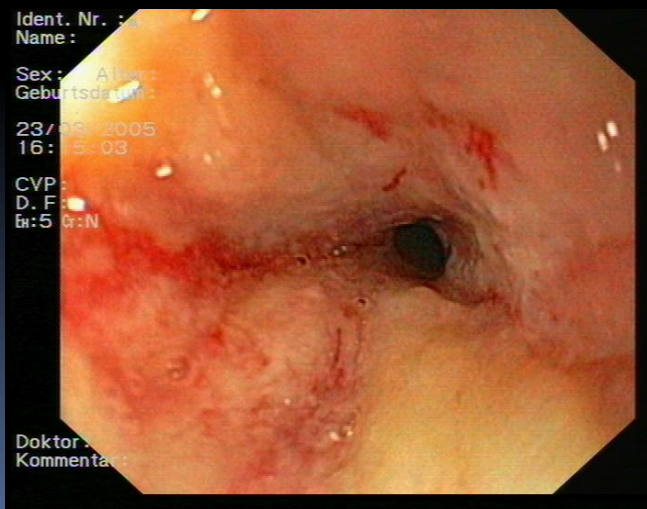
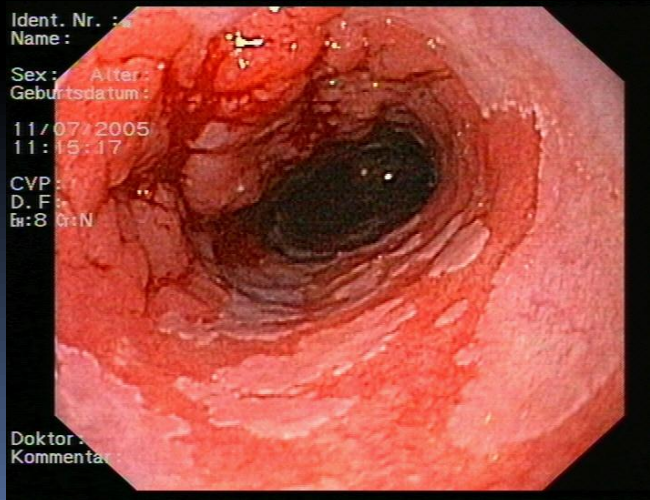
# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ



# Ca ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ



Ca εκ πλακωδών  
κυττάρων



ΑδενοCa

# ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ: GIST

CHARITE CAMP. VIRCHOW :  
ZENTRALE ENDOSKOPIE :

Y

06-11-'07

12:45:26

ALOKA

7.5

DVA: 90%

163/15 30  
3Hz

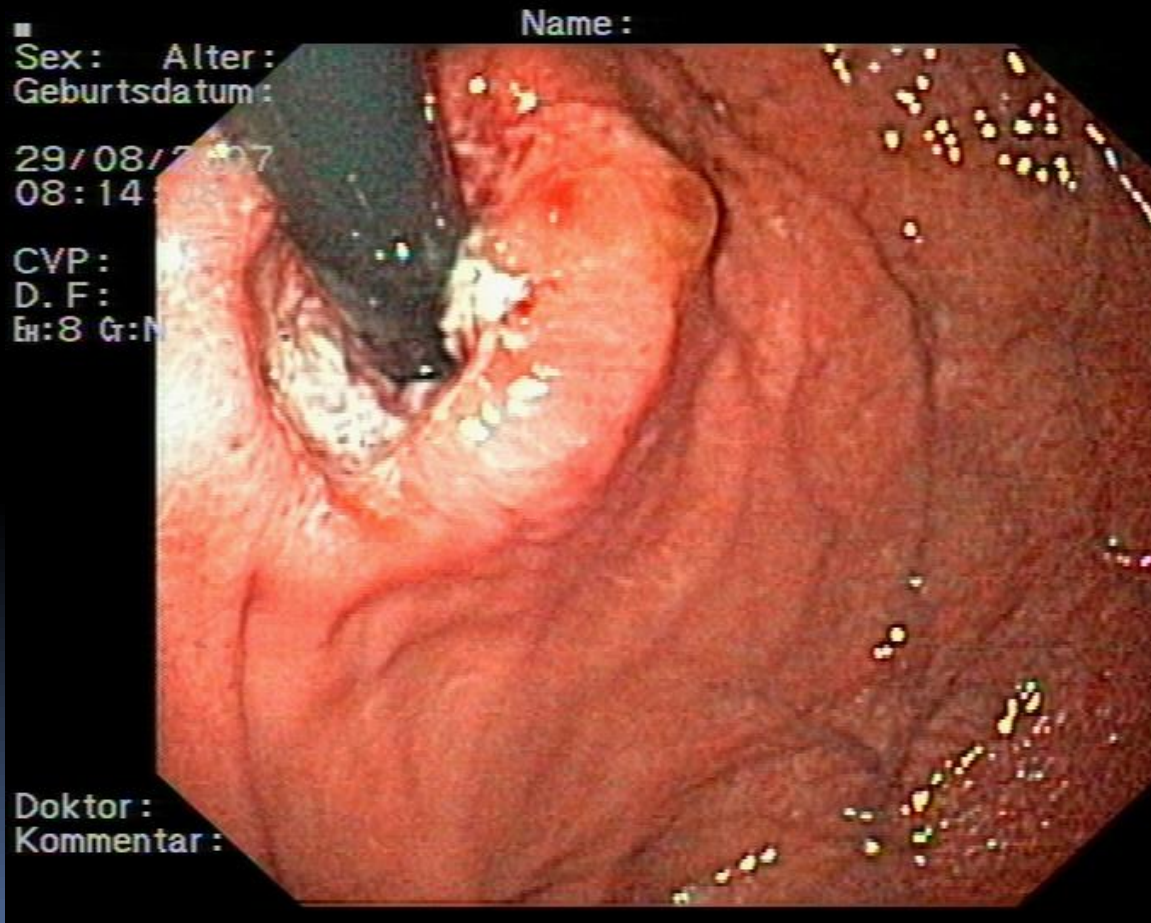


DIST. +1.03cm x1.44cm

ROE G77 05 A1

S: OLYMPUS360

# Ca ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ



# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΣ

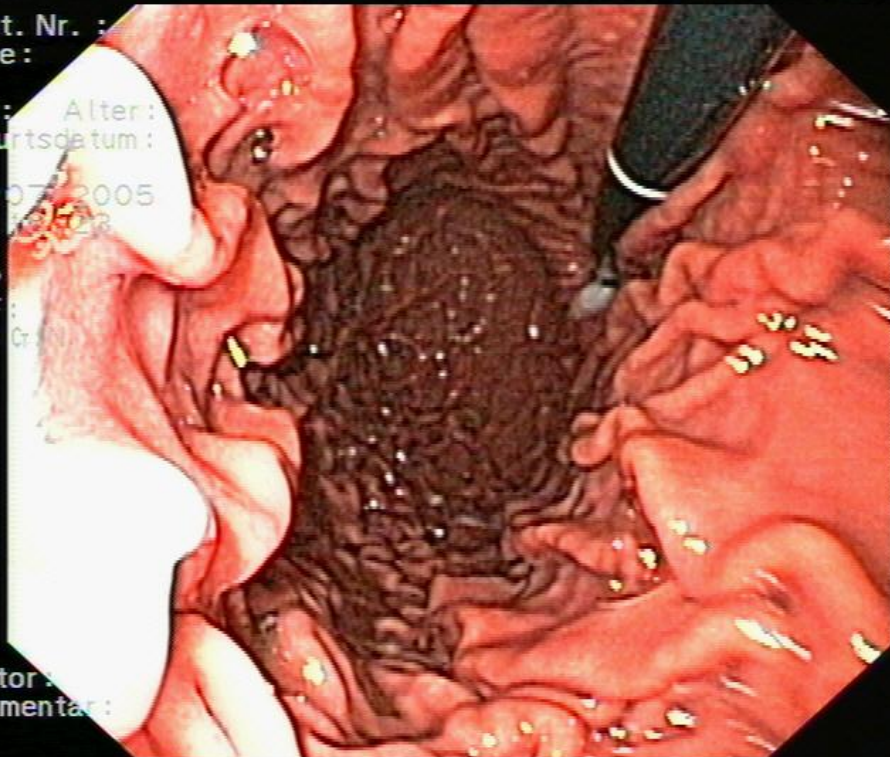
Ident. Nr. :  
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

18/07/2005  
09:30:28

CVP :  
D. F. :  
Et:8 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



Ident. Nr. :  
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

17/01/2007  
15:37:10

CVP : 28  
D. F. :  
Et:8 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



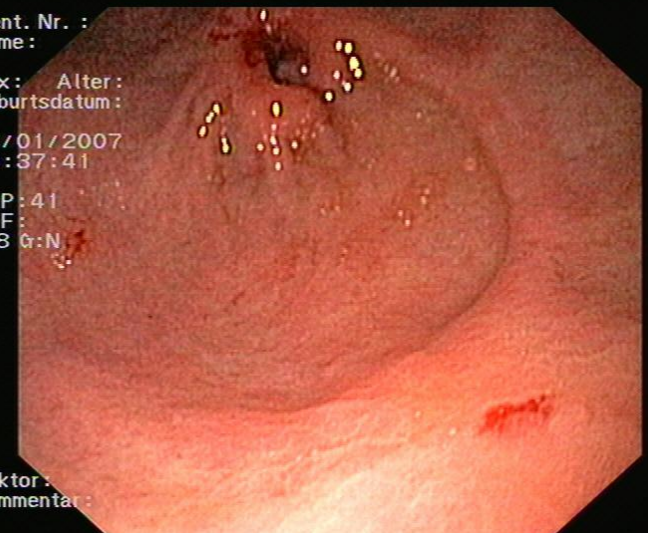
Ident. Nr. :  
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

17/01/2007  
15:37:41

CVP : 41  
D. F. :  
Et:8 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



# ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ «ΒΛΑΒΕΣ» ΣΤΟΜΑΧΟΥ

## νεοπλασματικές και μη-νεοπλασματικές

- ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ (;)  
**ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ**

ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟΙ  
ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

- FUNDIC GLAND  
POLYPS  
(αμαρτωματώδεις;)

- ΥΠΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ  
**ΛΙΠΩΜΑ**

**ΛΕΙΟΜΥΩΜΑ**

ΚΙΡΣΟΙ

ΕΚΤΟΠΟΣ

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΣ

ΙΣΤΟΣ

DUPLICATION

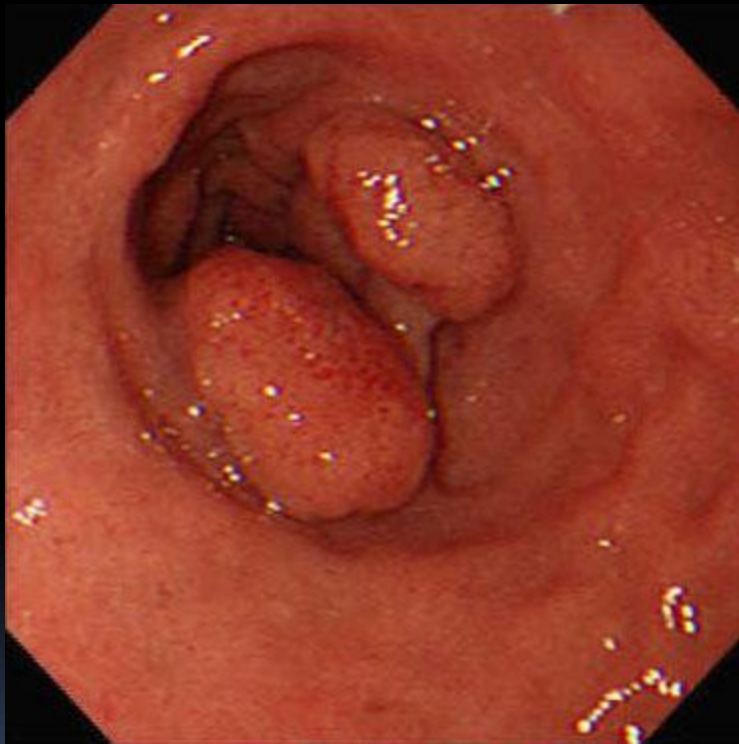
CYST

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ

ΙΝΩΔΗΣ

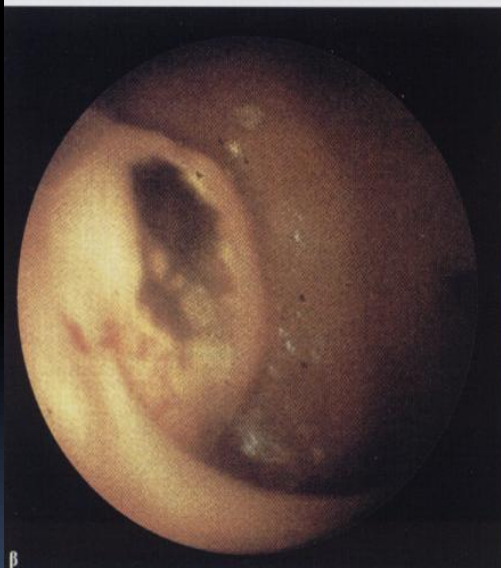
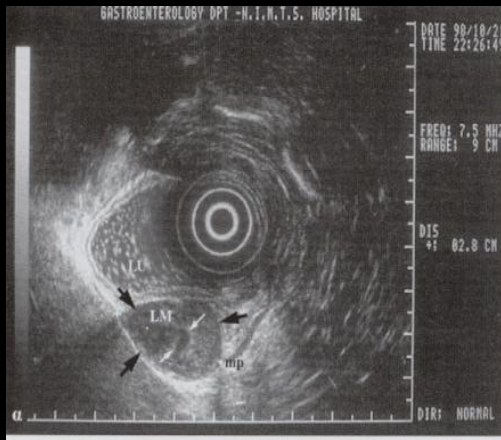
ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ

# ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ

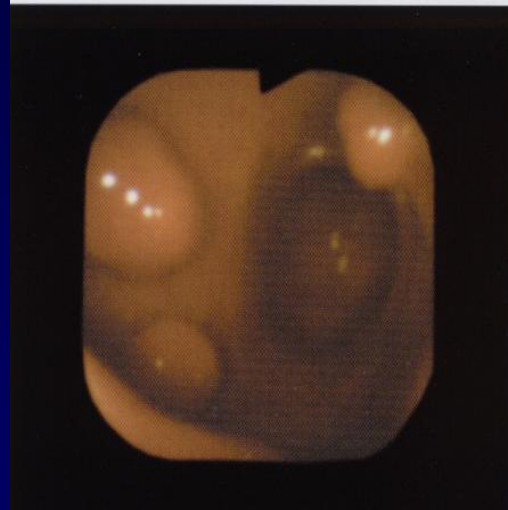
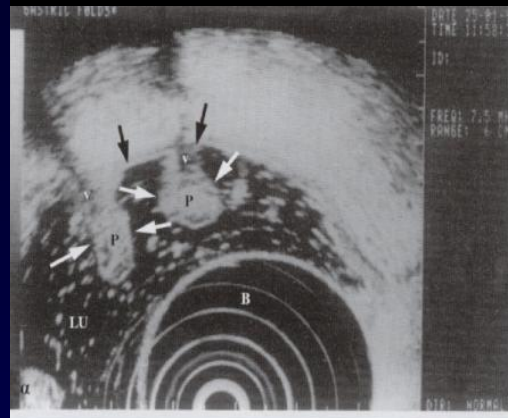




# Καλοήθη νεοπλασμάτα στομάχου



Λειομύωμα στομάχου

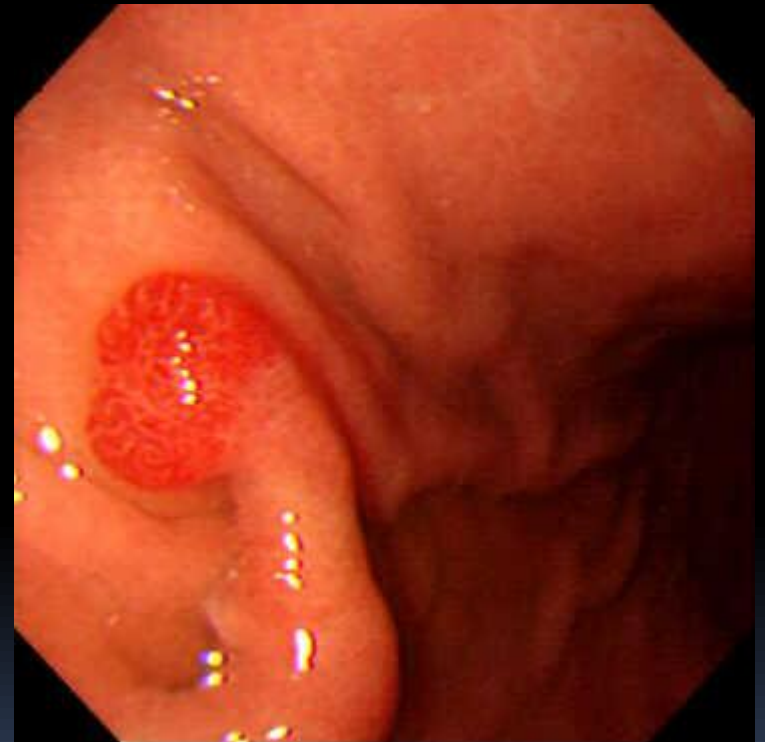


Αδενωματώδεις  
πολύποδες στομάχου



Λίπωμα στομάχου

# ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

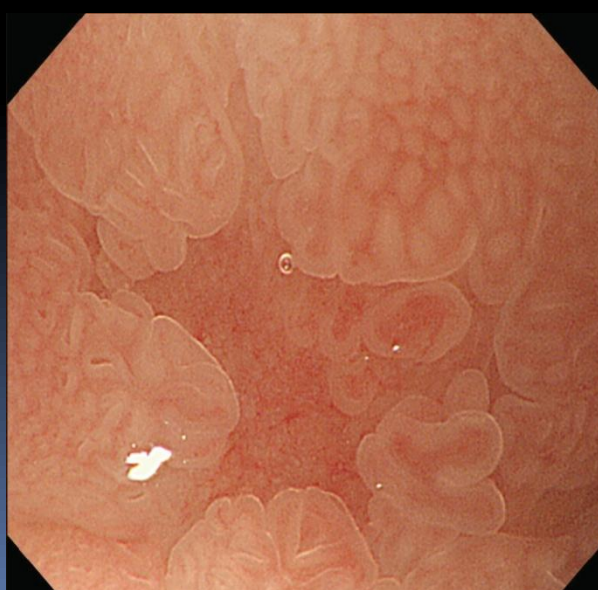
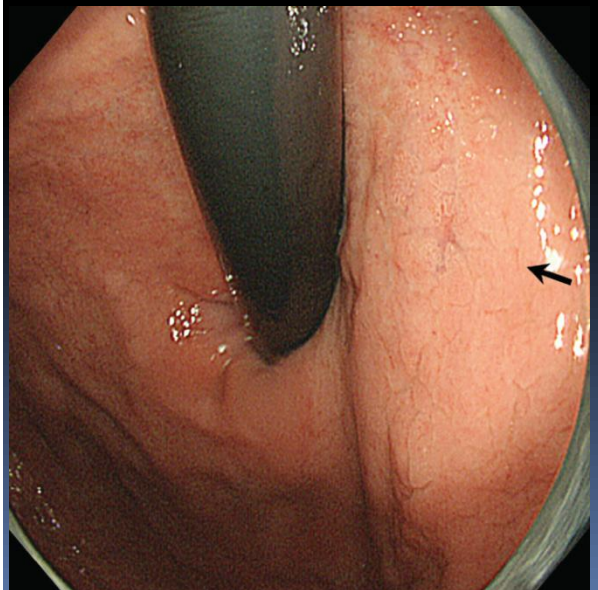
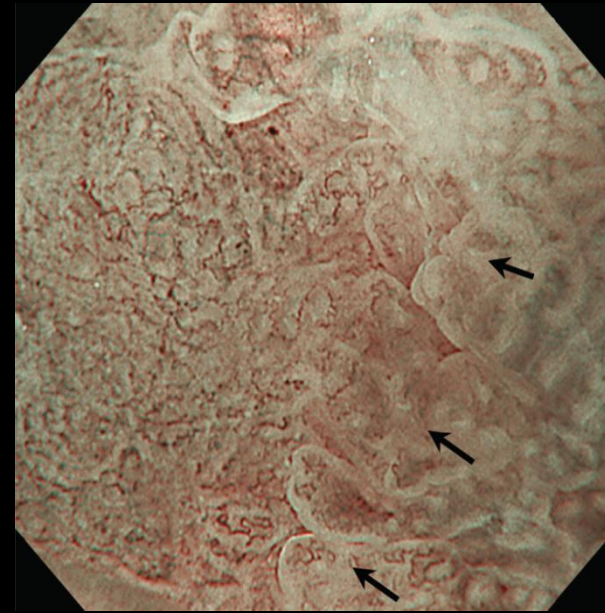
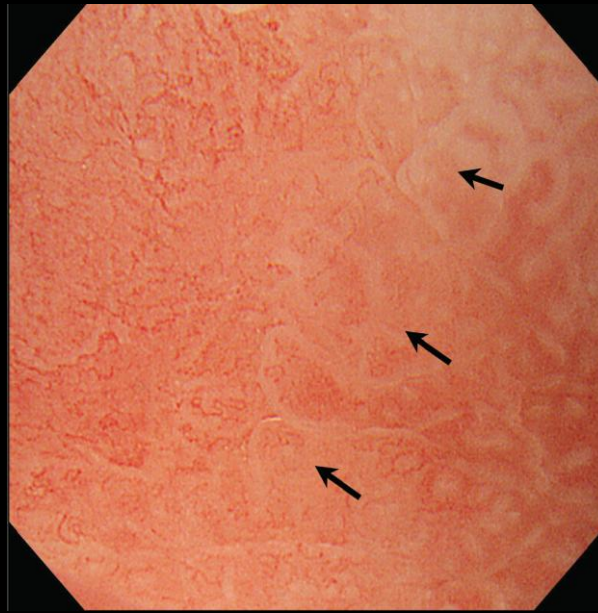
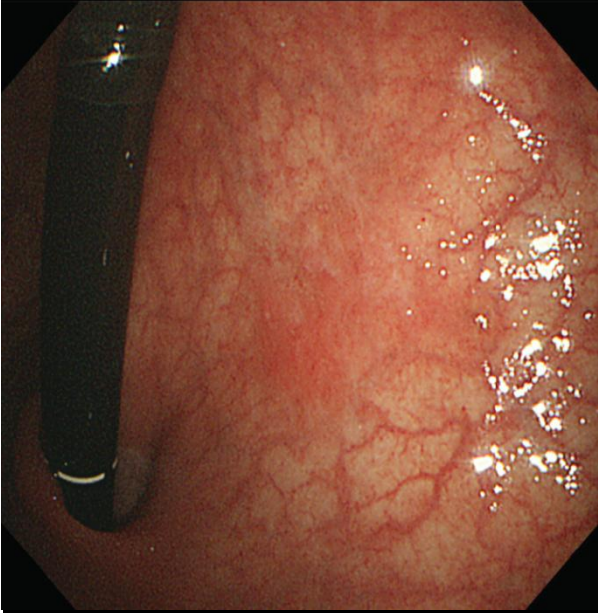


# FUNDIC GLAND POLYPS

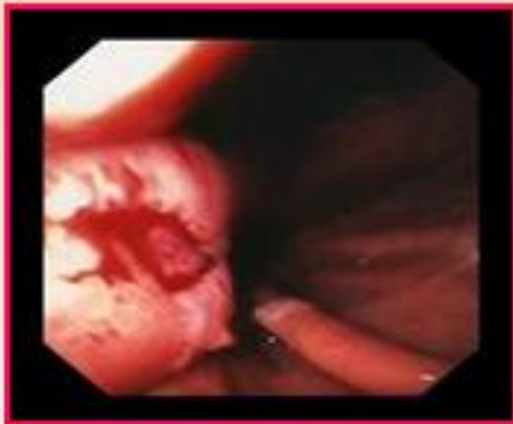
(ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΩΔΕΙΣ)



# ΠΡΩΙΜΟΣ Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ



# Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ



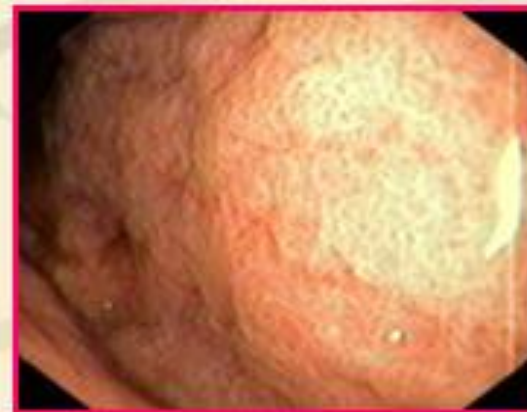
Πολυποειδής



Ελκωτική

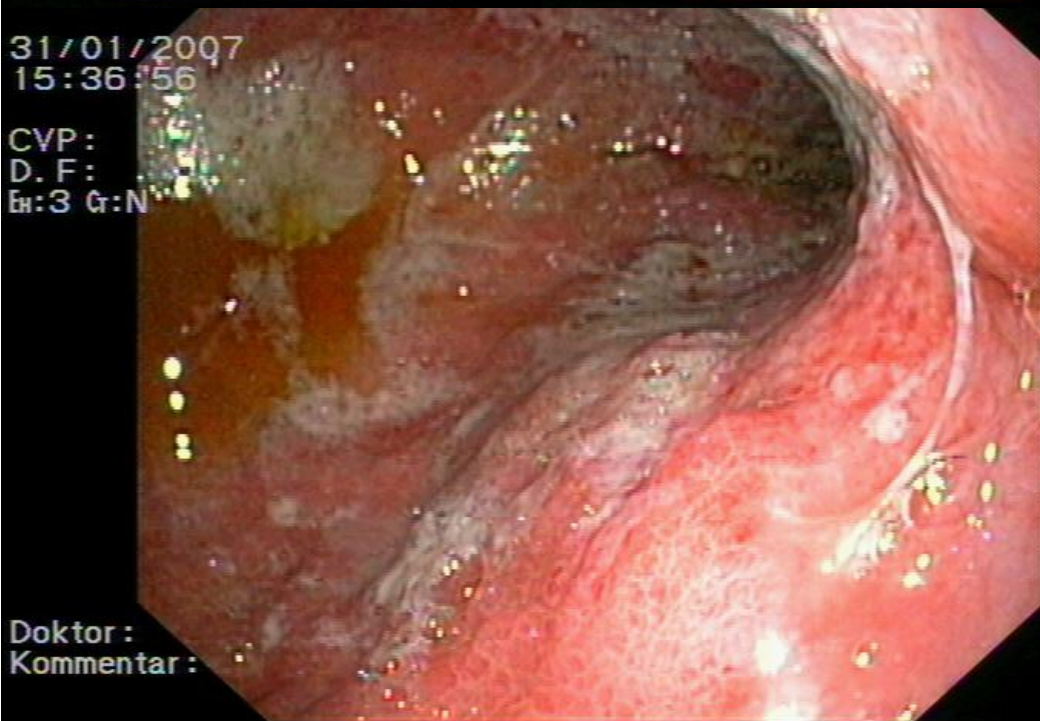
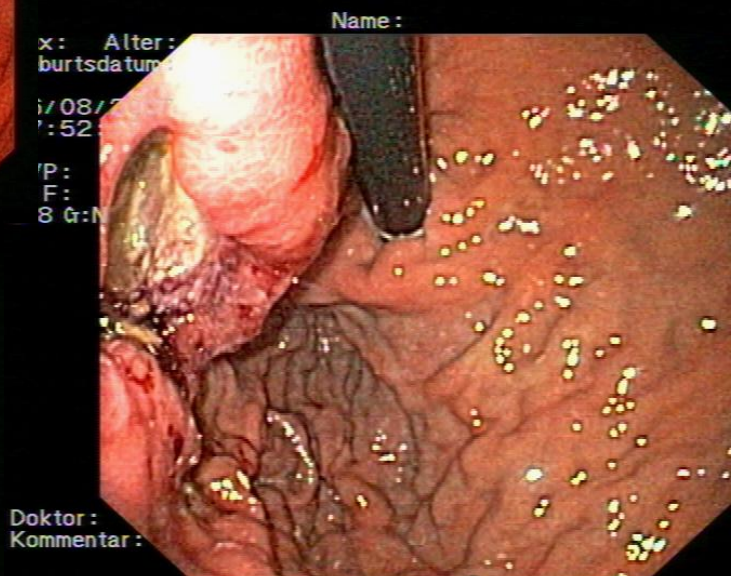
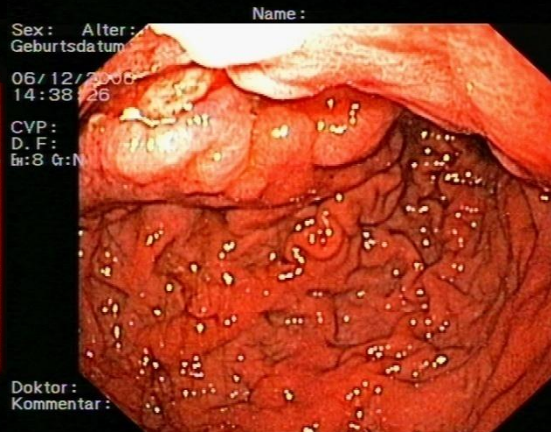
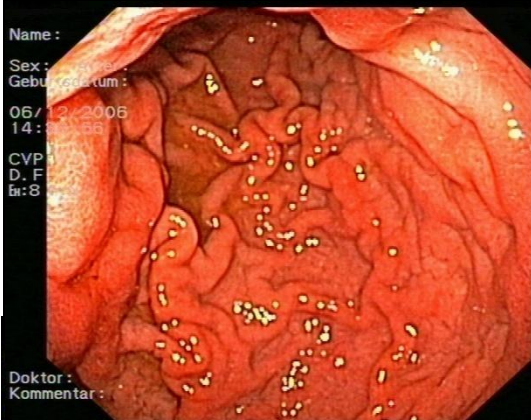


Ελκωτική - Διηθητική



Διηθητική

# Ca ΣΤΟΜΑΧΟΥ



# ΛΕΜΦΩΜΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

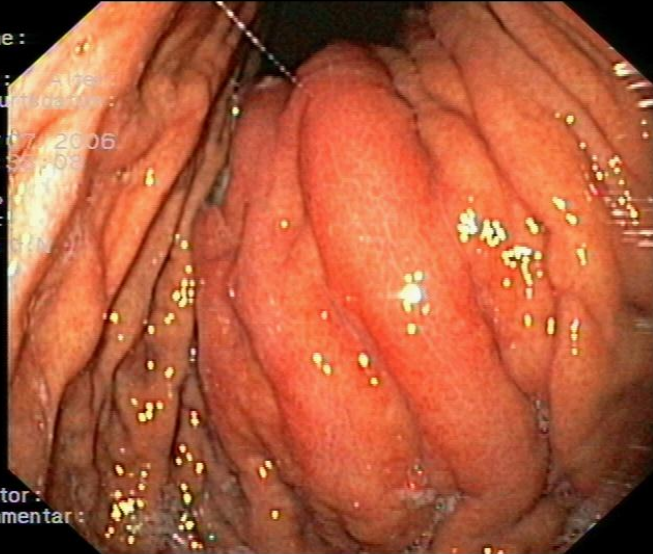
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

20/07/2006  
09:37:08

CVP :  
D. F. :  
Et:5 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



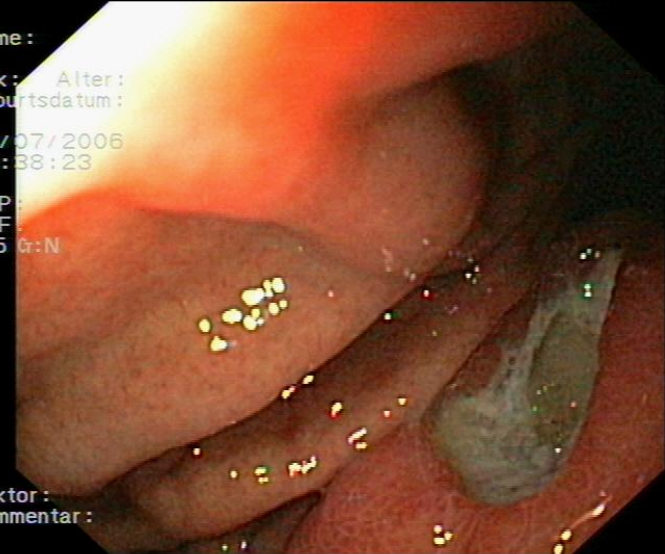
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

20/07/2006  
09:38:23

CVP :  
D. F. :  
Et:5 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



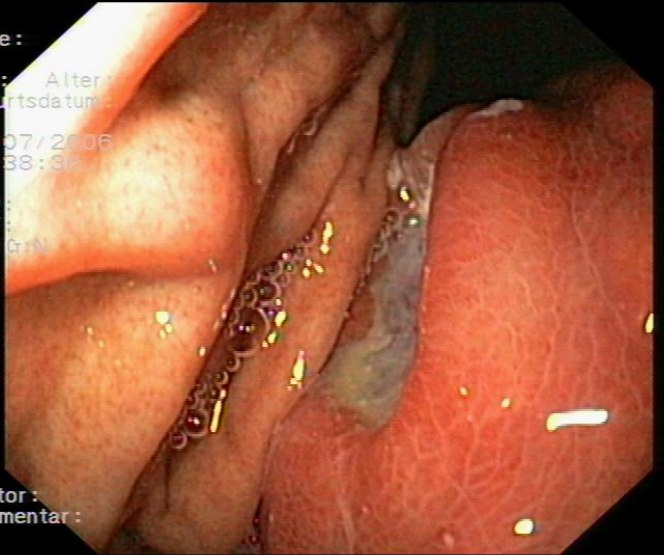
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

20/07/2006  
09:38:36

CVP :  
D. F. :  
Et:5 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



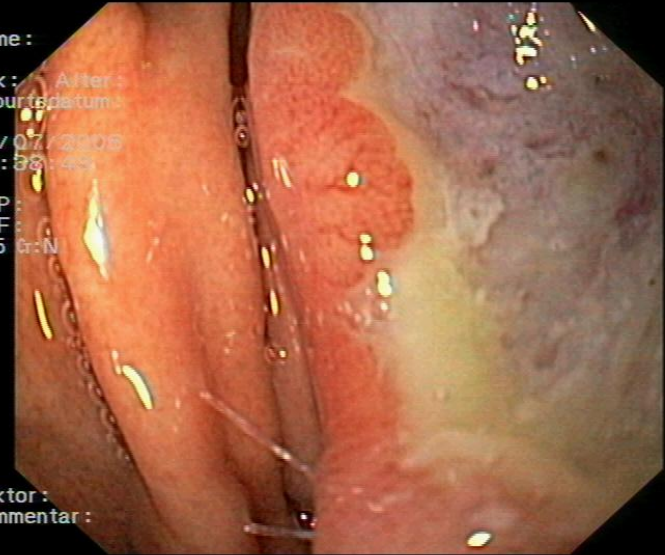
Name :

Sex : Alter :  
Geburtsdatum :

20/07/2006  
09:38:45

CVP :  
D. F. :  
Et:5 Gr:N

Doktor :  
Kommentar :



# GIST ΣΤΟΜΑΧΟΥ

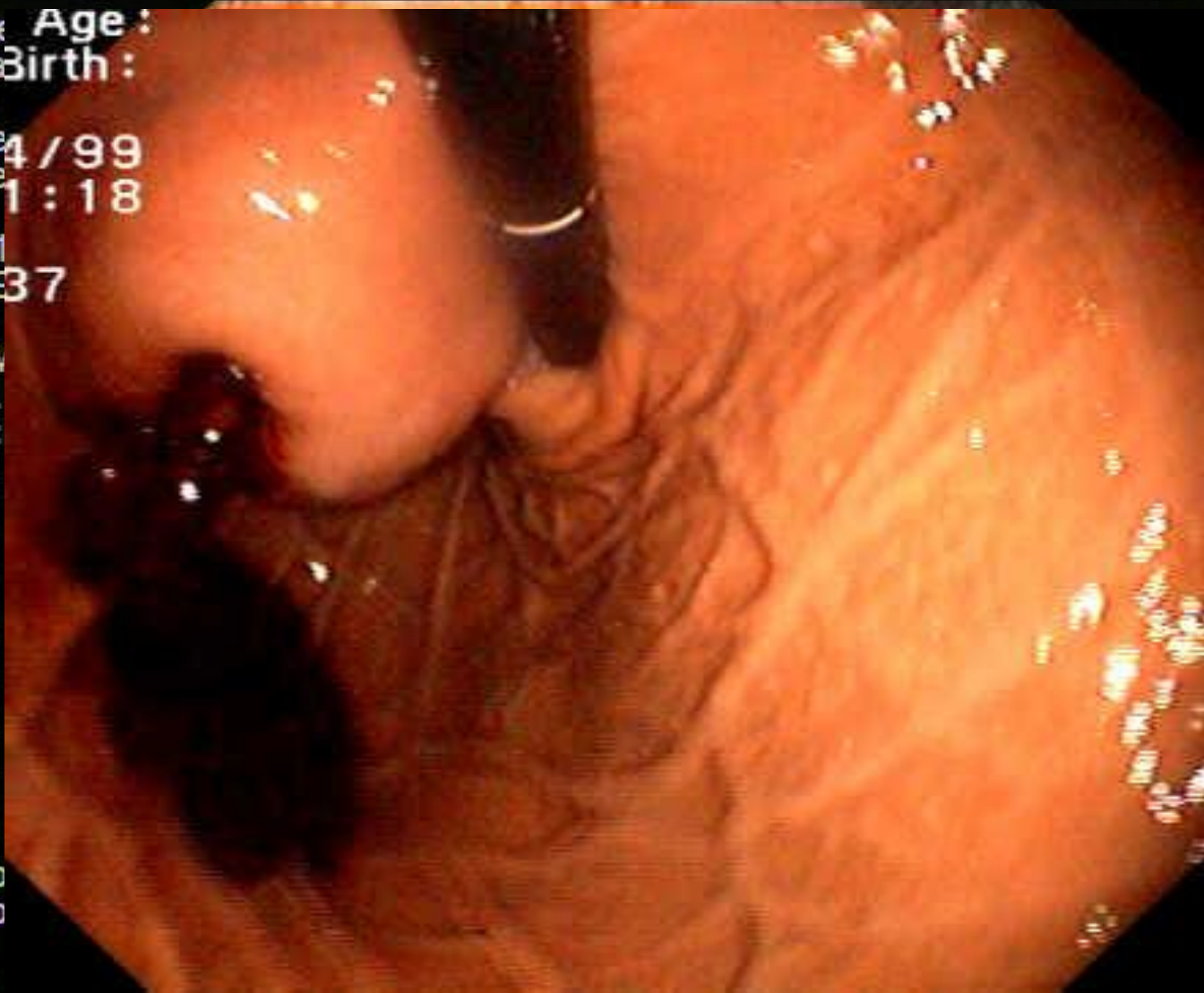
Id: Age :  
Na: Birth :

Sex: 4 / 99  
Gen: 1 : 18

01  
037

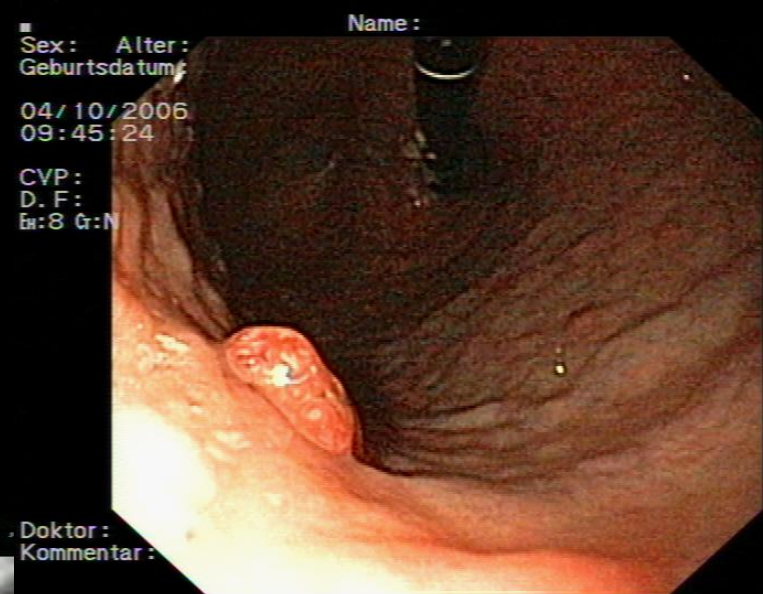
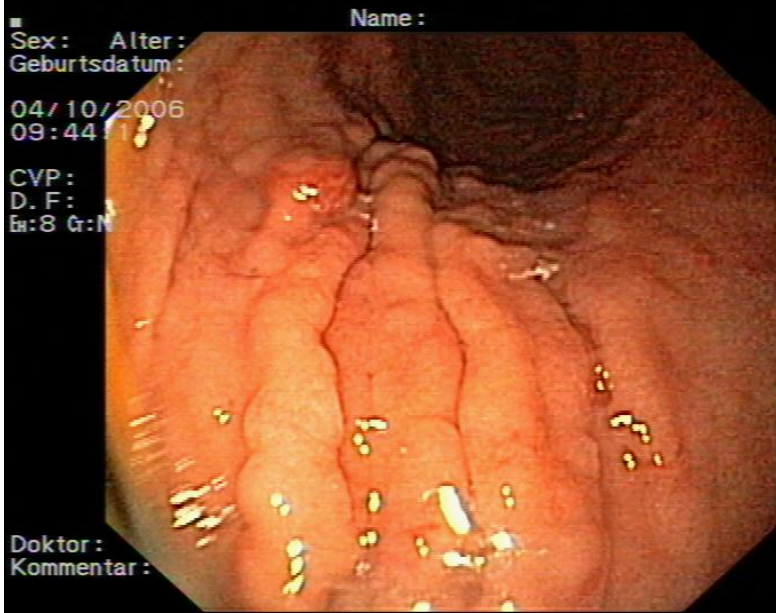
CV  
D.  
En:

Do  
Ka

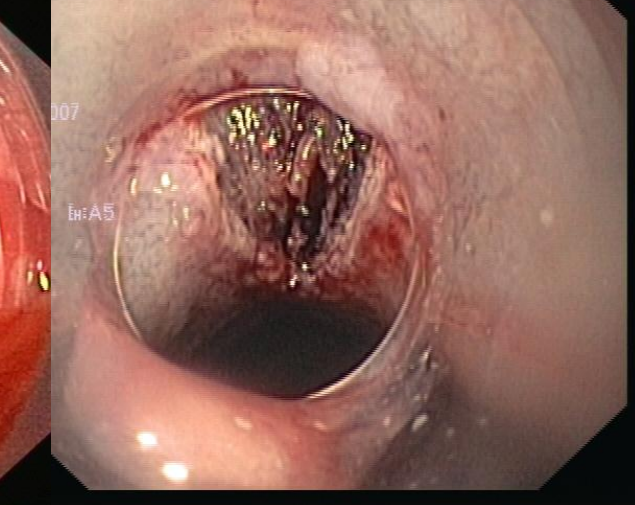
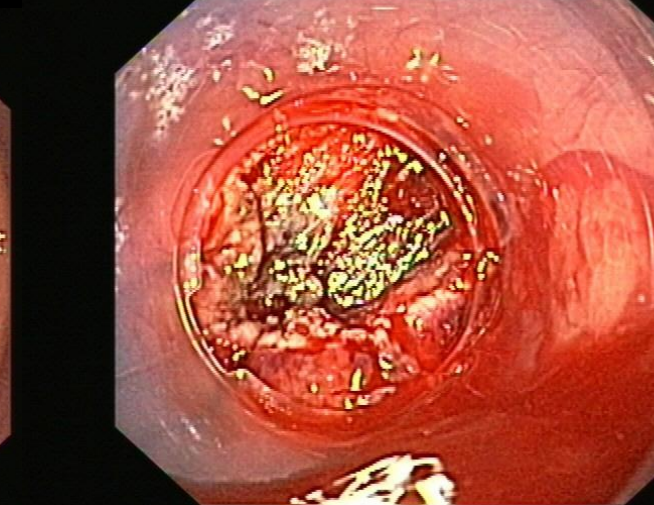
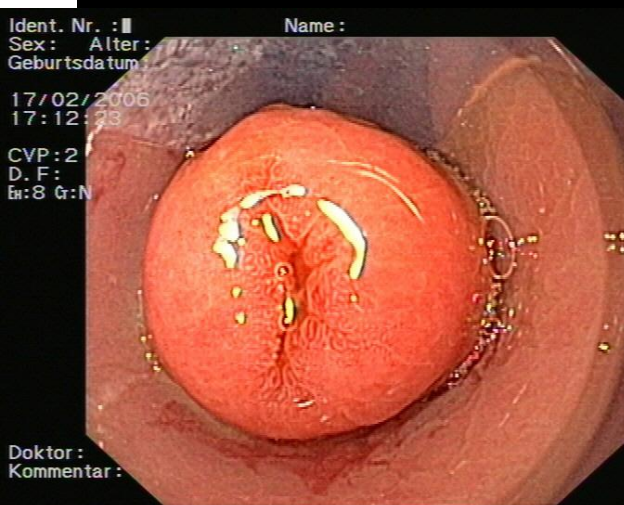
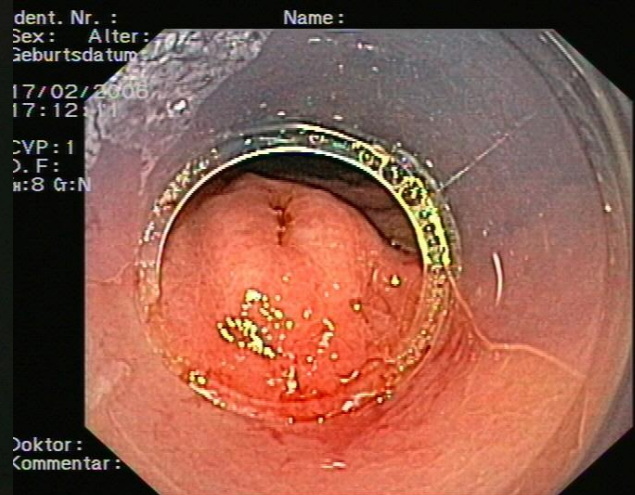
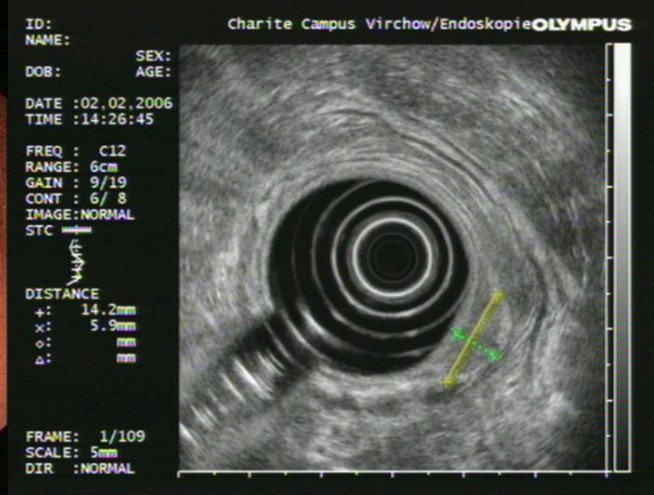




# NET ΣΤΟΜΑΧΟΥ



# ΝΕΤ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



# ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ 12/Δ – ΦΥΜΑ VATER

Name :

Sex: Alter:  
Geburtsdatum:

04/10/2006  
09:44:54

CVP:  
D. F:  
Er:8 Gr:N

Doktor:  
Kommentar:



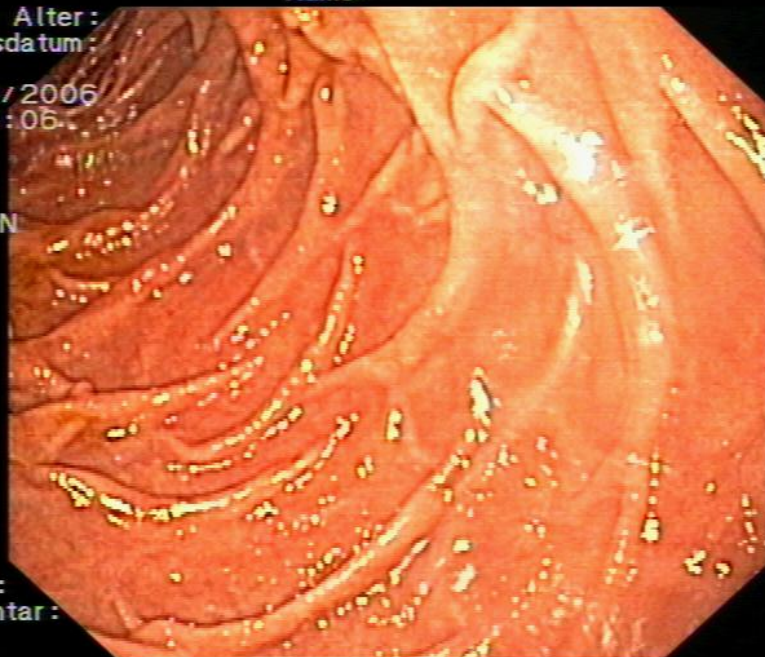
Name :

Sex: Alter:  
Geburtsdatum:

04/10/2006  
09:45:06

CVP:  
D. F:  
Er:8 Gr:N

Doktor:  
Kommentar:



04/10/2006  
09:56:39

P: 1  
F:  
Er:3 Gr:N

Doktor:  
Kommentar:



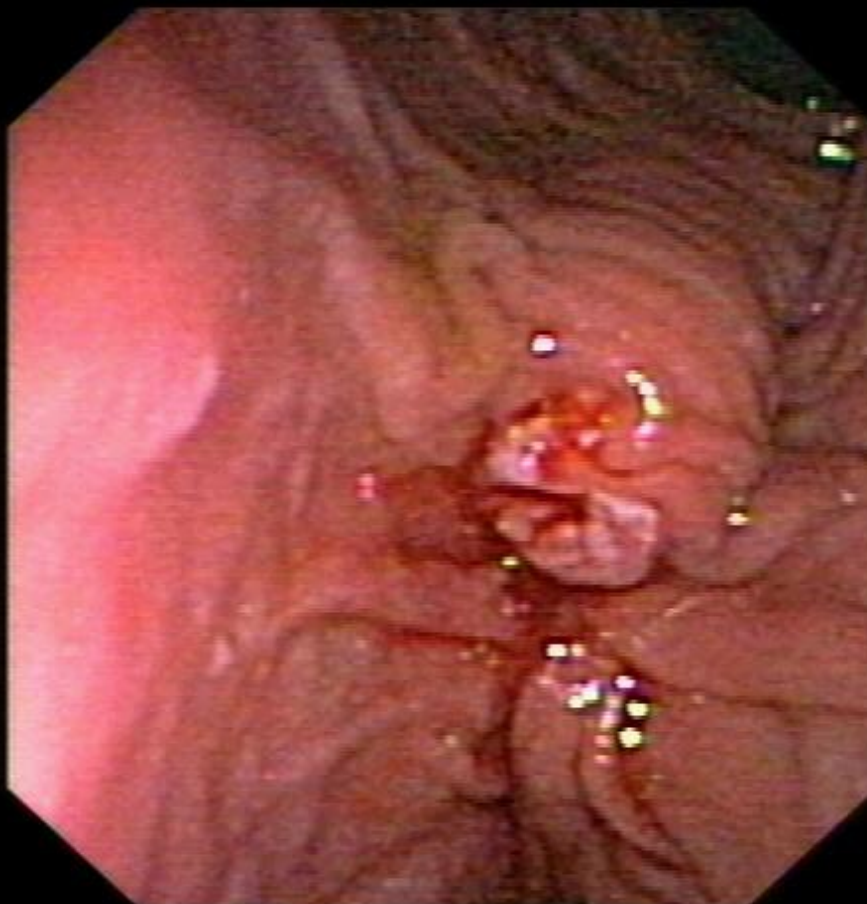
# ΑΔΕΝΩΜΑ ΦΥΜΑΤΟΣ VATER

Name :

Sex: Alter:  
Geburtsdatum:

02/07/2007  
10:51:22

CVP:  
D. F:  
Et: 8 Ct: N



Doktor:  
Kommentar:

# Ca ΦΥΜΑΤΟΣ VATER

CHARITE CAMP. VIRCHOW :  
ZENTRALE ENDOSKOPIE :

Y

02-07-'07  
12:36:53

ALOKA

163/163  
31Hz

7.5  
DVA: 90%



DIST. +1.28cm x0.72cm  
R05 G77 C5 A1

S: OLYMPUS360

# Ca 12/Δ-ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ident. Nr. : ■  
Sex: Alter :  
Geburtsdatum :

25/07/2005  
07:48:58

CVP :  
D. F :  
Et:8 G:N

Name :



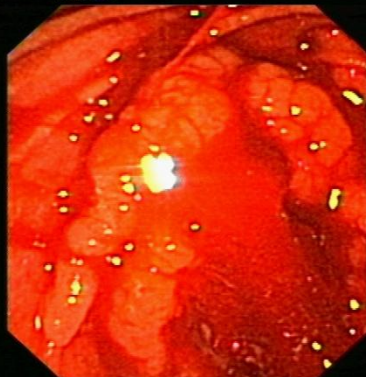
Doktor :  
Kommentar :

Ident. Nr. : ■  
Sex: Alter :  
Geburtsdatum :

25/07/2005  
07:55:45

CVP :  
D. F :  
Et:8 G:N

Name :



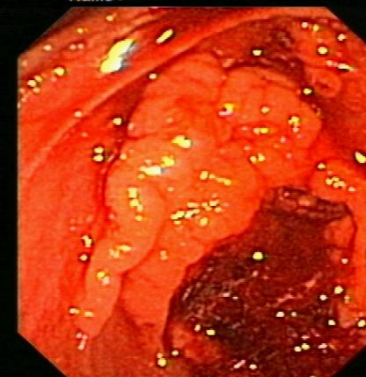
Doktor :  
Kommentar :

Ident. Nr. : ■  
Sex: Alter :  
Geburtsdatum :

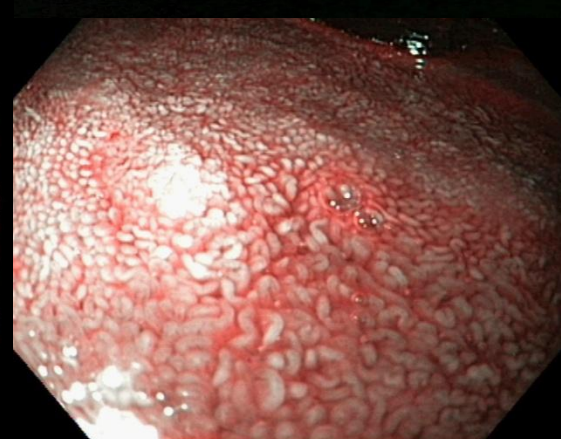
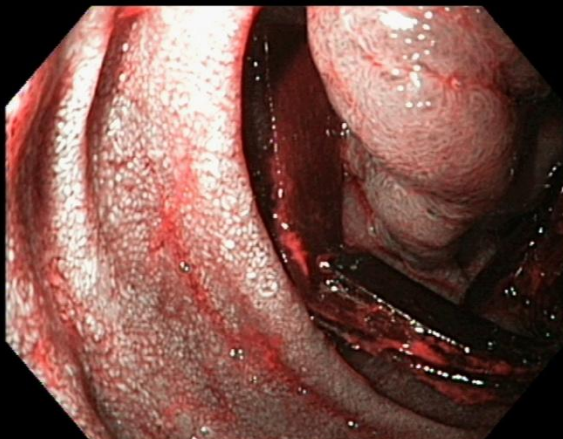
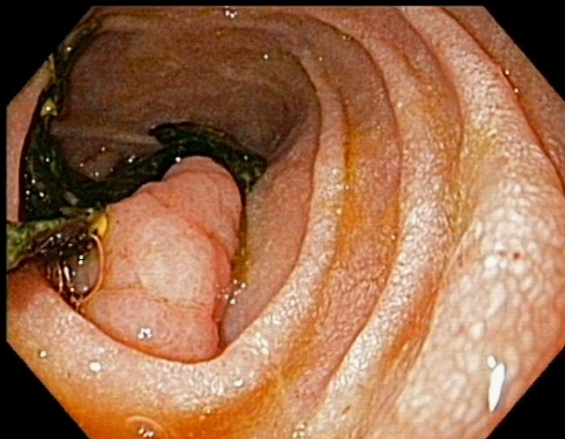
25/07/2005  
07:56:19

CVP :  
D. F :  
Et:8 G:N

Name :



Doktor :  
Kommentar :



# ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ- ΚΑΤΑΤΑΞΗ

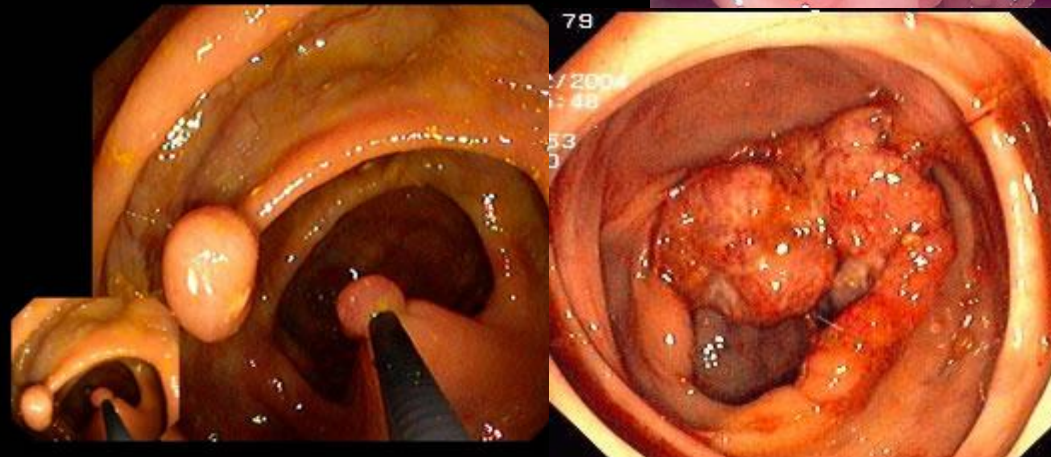
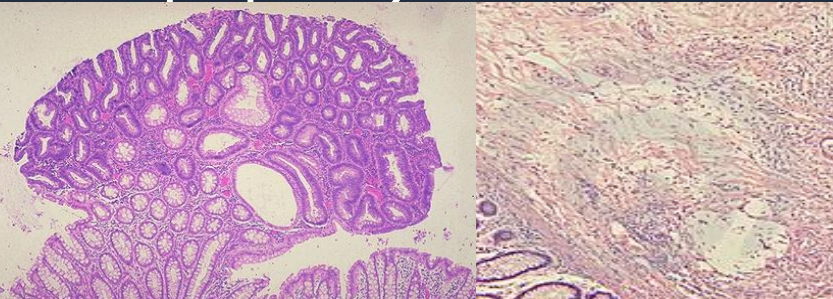
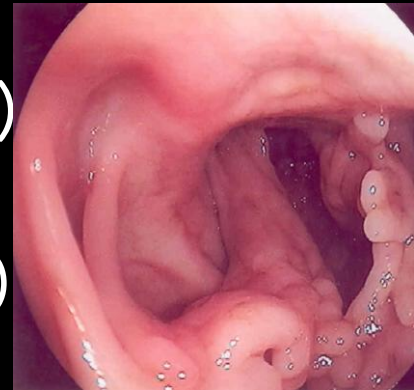
- Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε **καλοήθη** και **κακοήθη**
- **Πολύποδας:** διακριτή μάζα ιστού που εξορμάται από το βλεννογόνο και προβάλλει στον αυλό
- Σπανιότερα όχι επηρμένη – εξωφυτική βλάβη, αλλά επίπεδη ή ελκωτική

# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ    ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ

- Αδενώματα (σωληνώδες, σωληνολαχνωτό, λαχνωτό, οδοντωτό)
- Καρκινώματα (in situ, διηθητικό)

- Υπερπλαστικοί
- Νεανικοί (Juvenile)
- Φλεγμονώδεις (ψευδοπολύποδες)





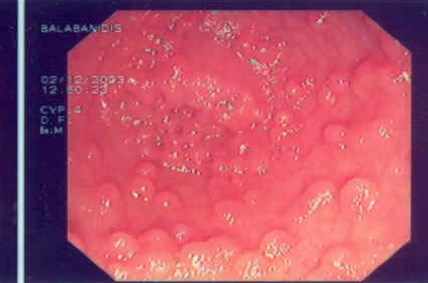
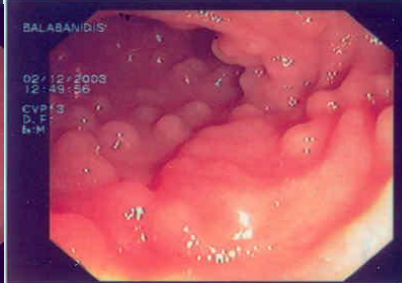
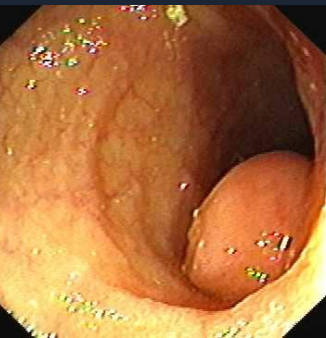
# ΥΠΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΕΣ ΒΛΑΒΕΣ (σπανιότερες)

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ

Λειομύωμα, Ίνωμα  
Λίπωμα, Αιμαγγείωμα,  
Λεμφαγγείωμα  
Σαρκώματα  
Καρκινοειδές, Λέμφωμα  
Μεταστατικά

## ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ

Κυστική πνευμάτωση  
Λεμφικοί πολύποδες  
Οζώδης λεμφική υπερπλασία

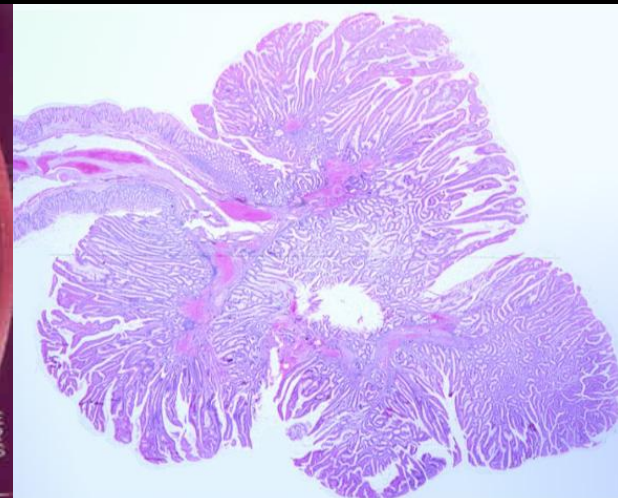
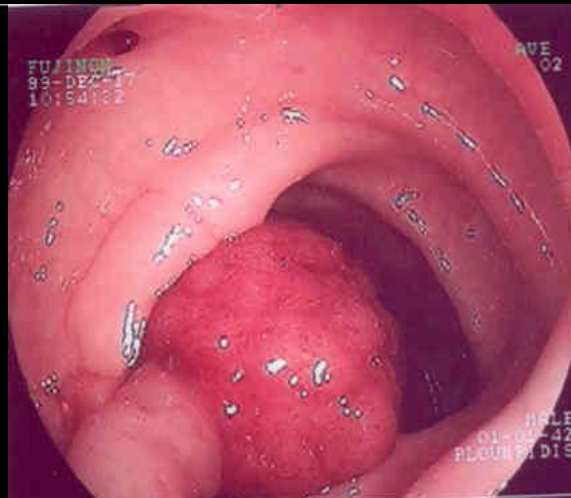


# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Καλοήθη νεοπλάσματα προερχόμενα από το επιθήλιο

Η πλήρης περιγραφή των πολυπόδων/αδενωμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- **Μέγεθος** (πχ. 0,5, 1, 2 εκατοστά)
- **Μορφολογία** (έμμισχοι, επίπεδοι)
- **Ιστολογία** (σωληνώδεις, σωληνολαχνωτοί, λαχνωτοί)
- **Βαθμός δυσπλασίας** (ήπια, μέτρια, βαριά)

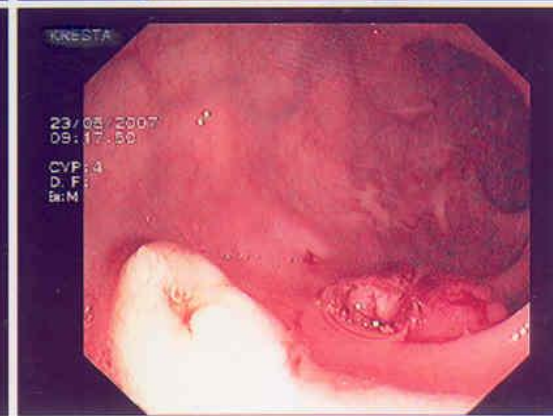
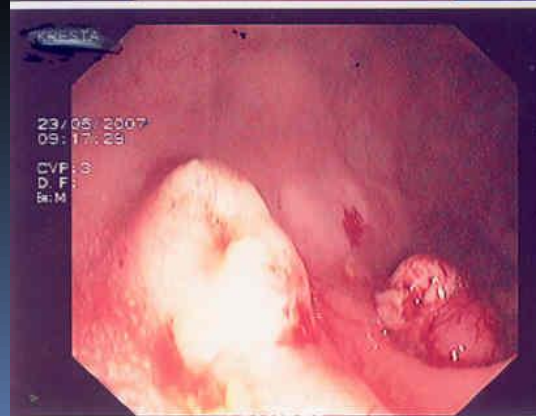
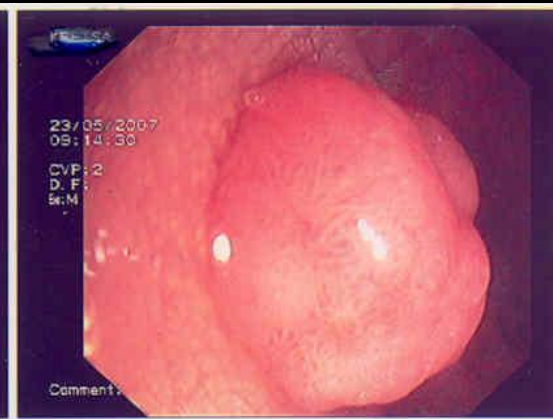
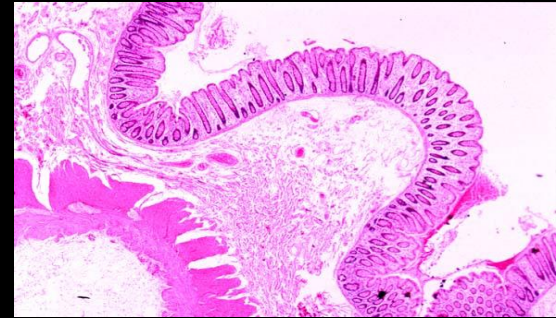


# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ - ΜΕΓΕΘΟΣ

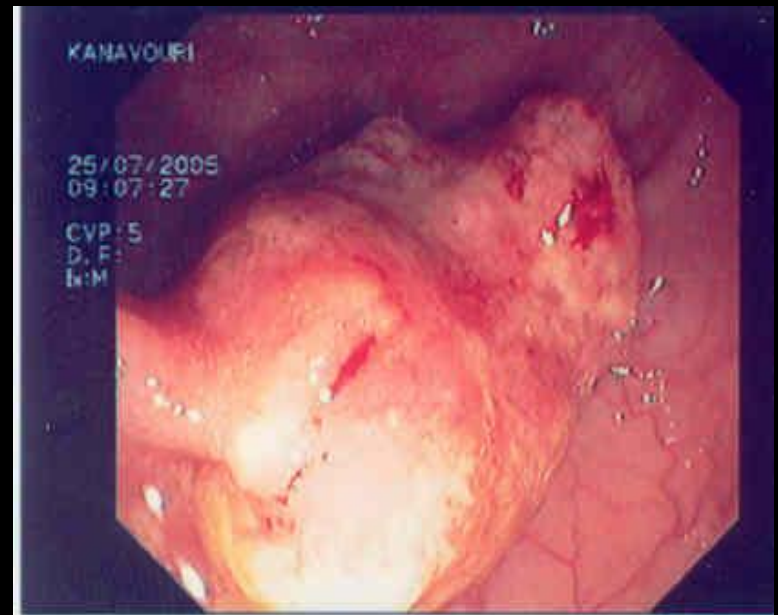
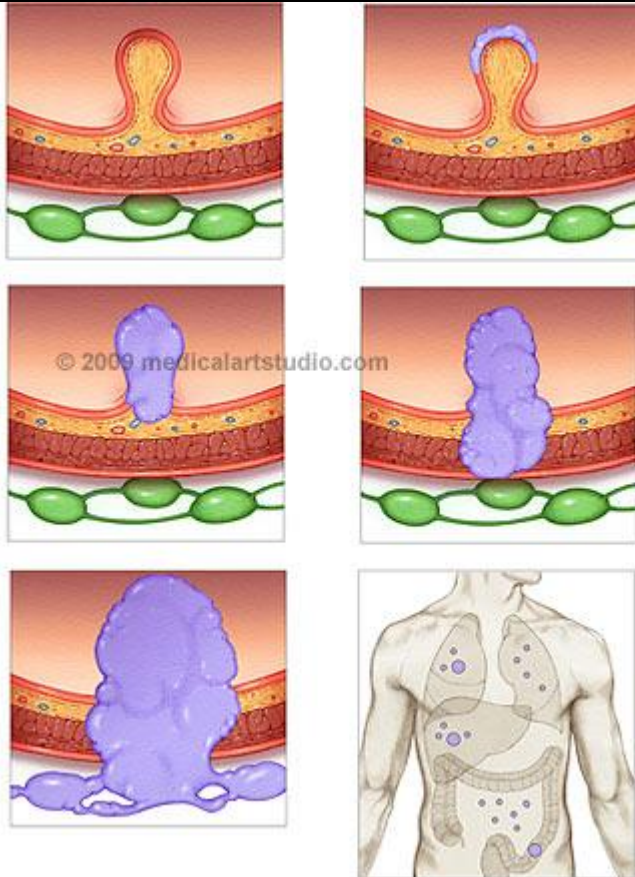
Διακρίνουμε μεγέθη: <1, 1-2, >2cm

Πολύποδες μεγέθους >1cm:

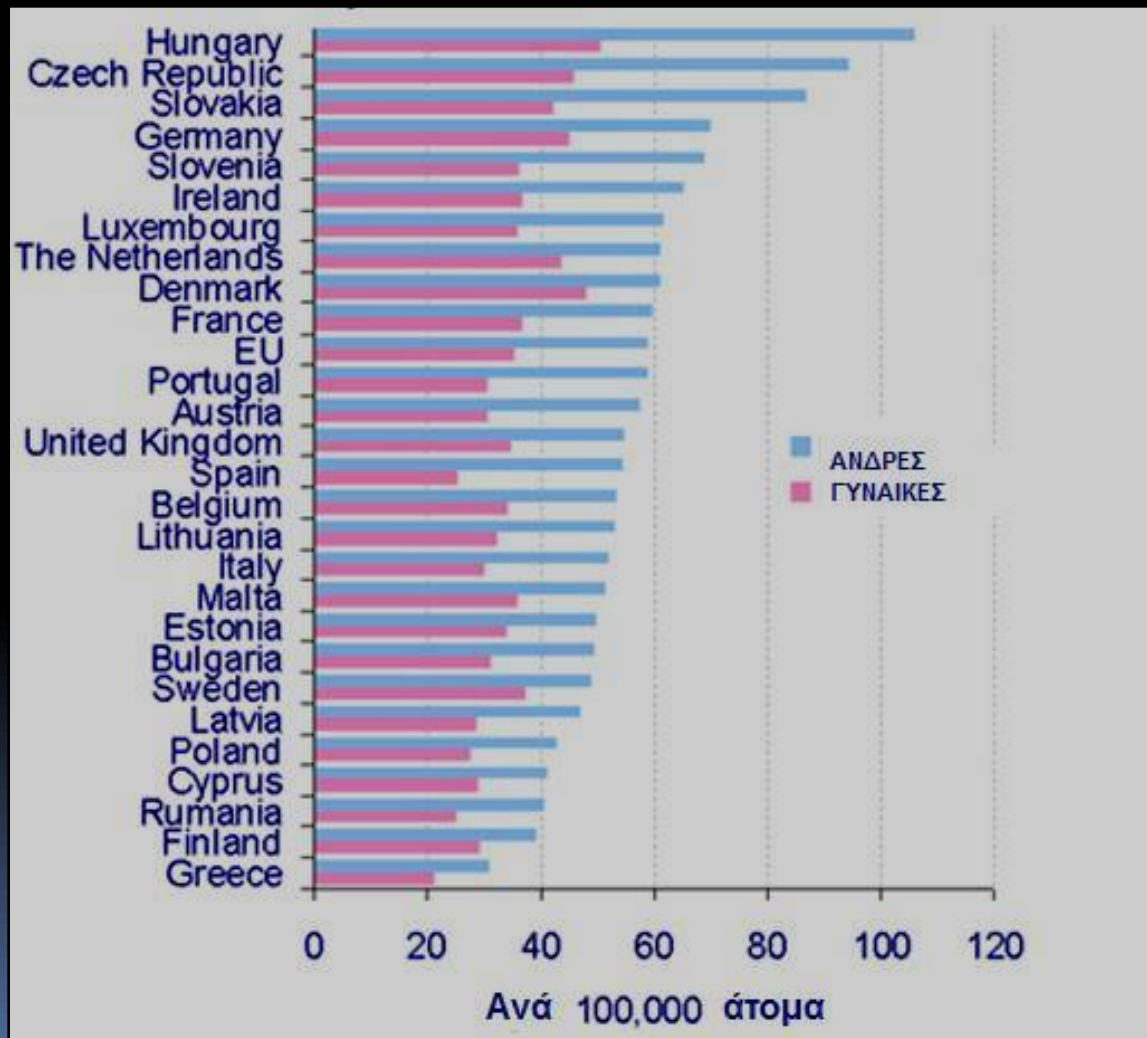
- Σε νεκροτομικές μελέτες → 13-16%
- Σε ενδοσκοπικές ή χειρουργικές → 26-40%



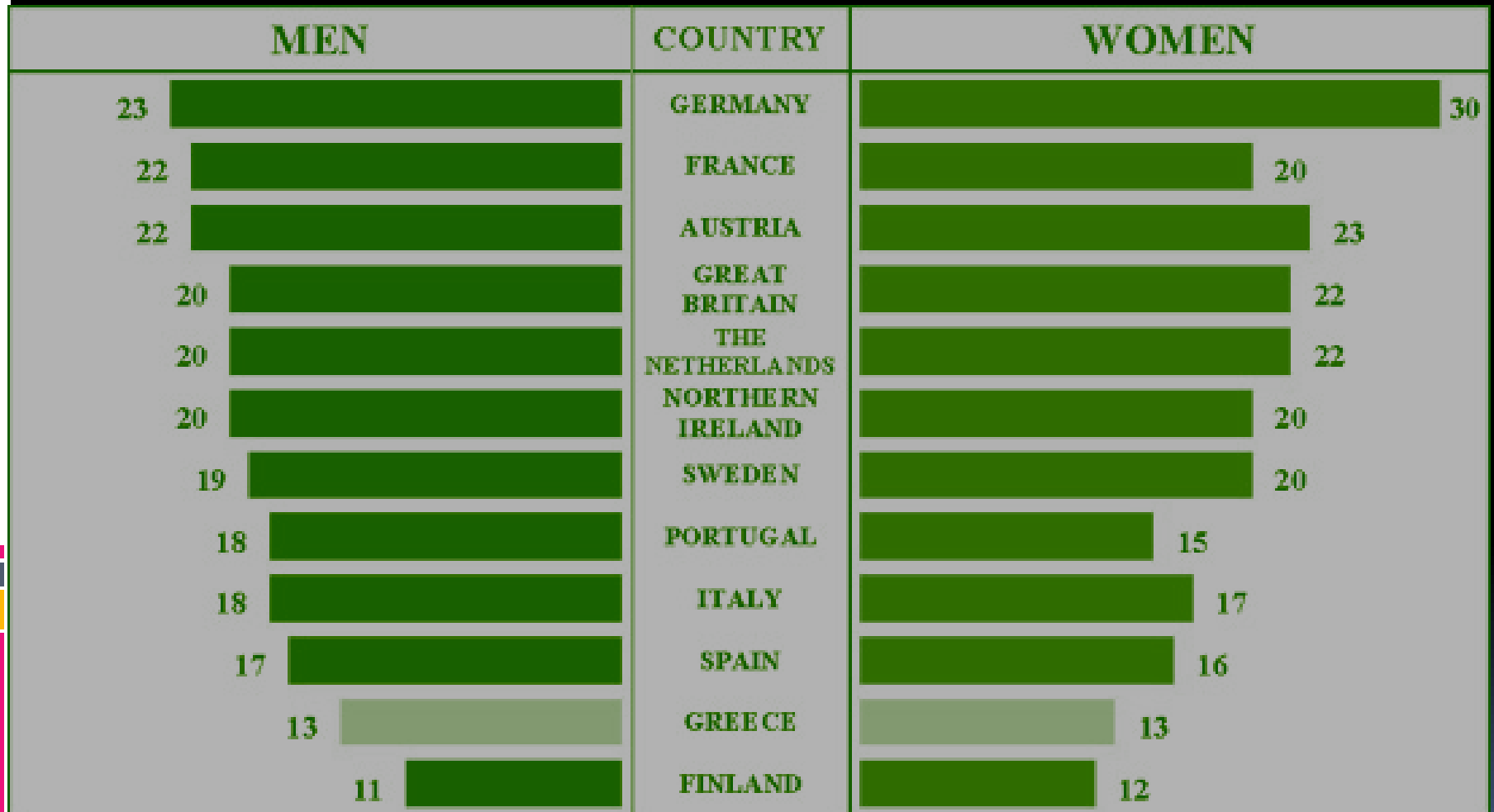
# Ca ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



# Νέα περιστατικά ΚΠΕ στην Ευρώπη



# Θάνατοι από ΚΠΕ στην Ευρώπη

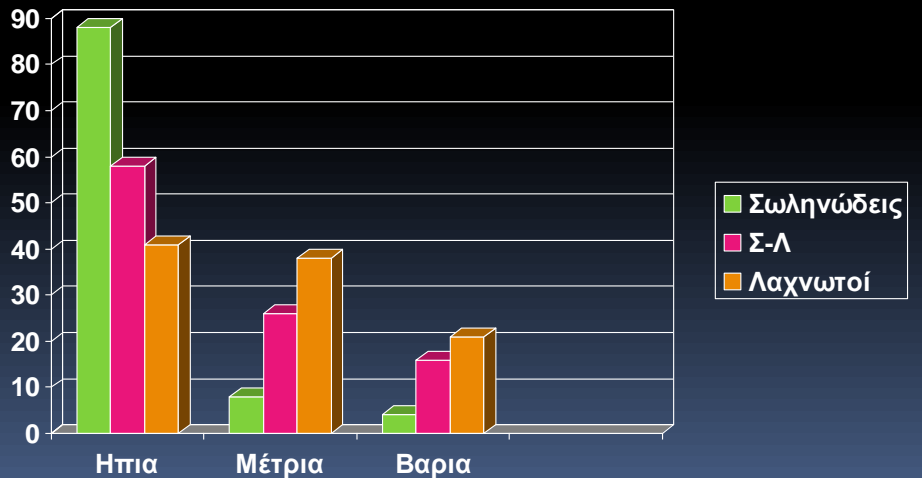
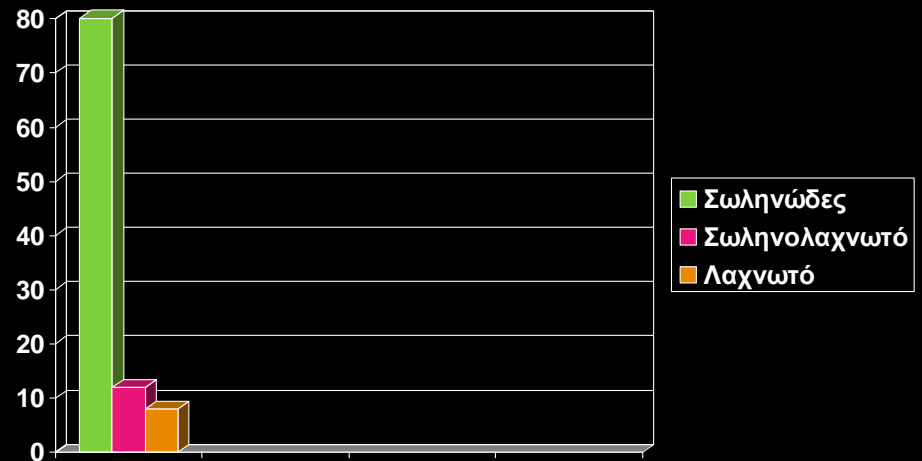
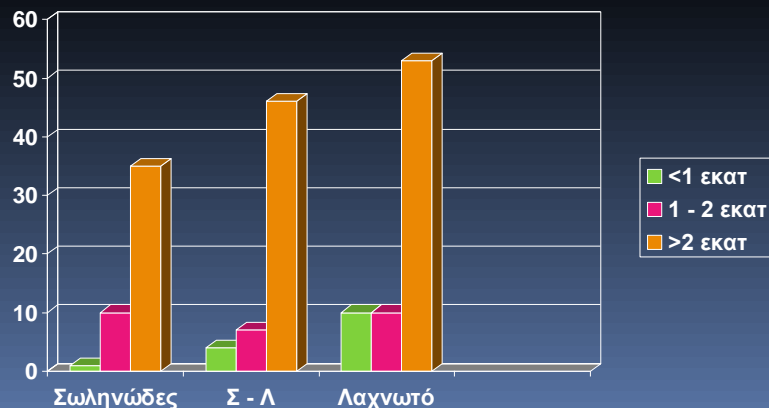
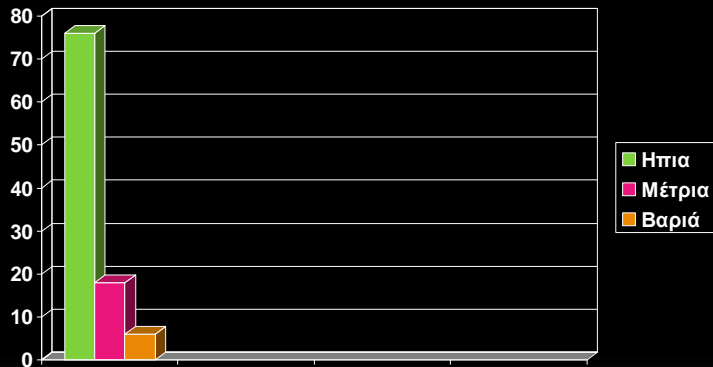


Ανά 100000 κατοίκους

# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ – ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Είναι συνάρτηση τριών ανεξάρτητων παραμέτρων:

- μεγέθους
- ιστολογικού τύπου και
- βαθμού δυσπλασίας



# Γιατί παθαίνουμε ΚΠΕ;

## Προδιάθεση

- Κληρονομικότητα
- Γονιδιακές μεταβολές

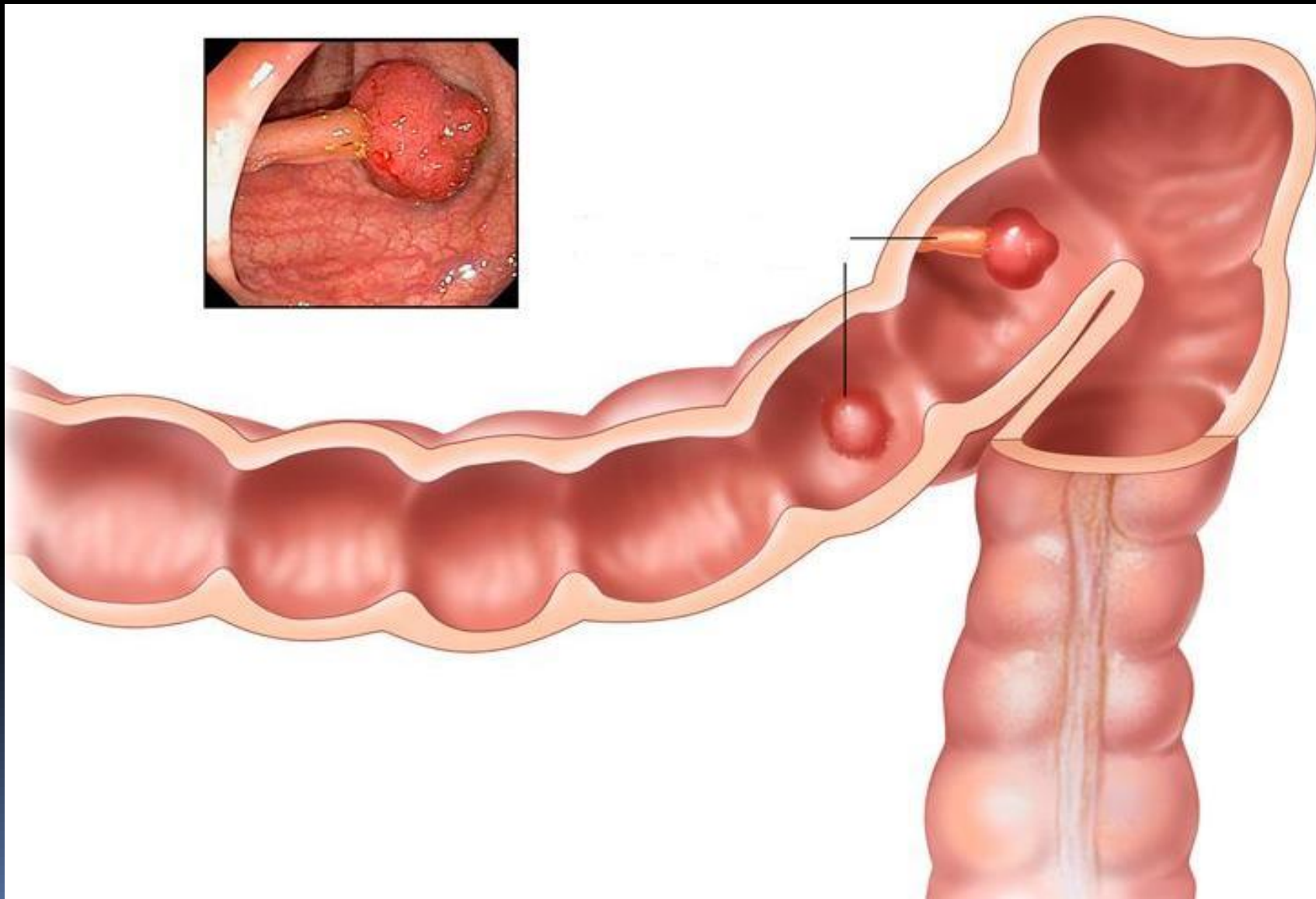


## Περιβάλλον

- Διατροφή
  - Φυτικές ίνες
  - Κρέας
  - Βιταμίνες
- Παχυσαρκία
- Άσκηση
- Αλκοόλ
- Κάπνισμα
- Ακτινοβολία
- Φάρμακα



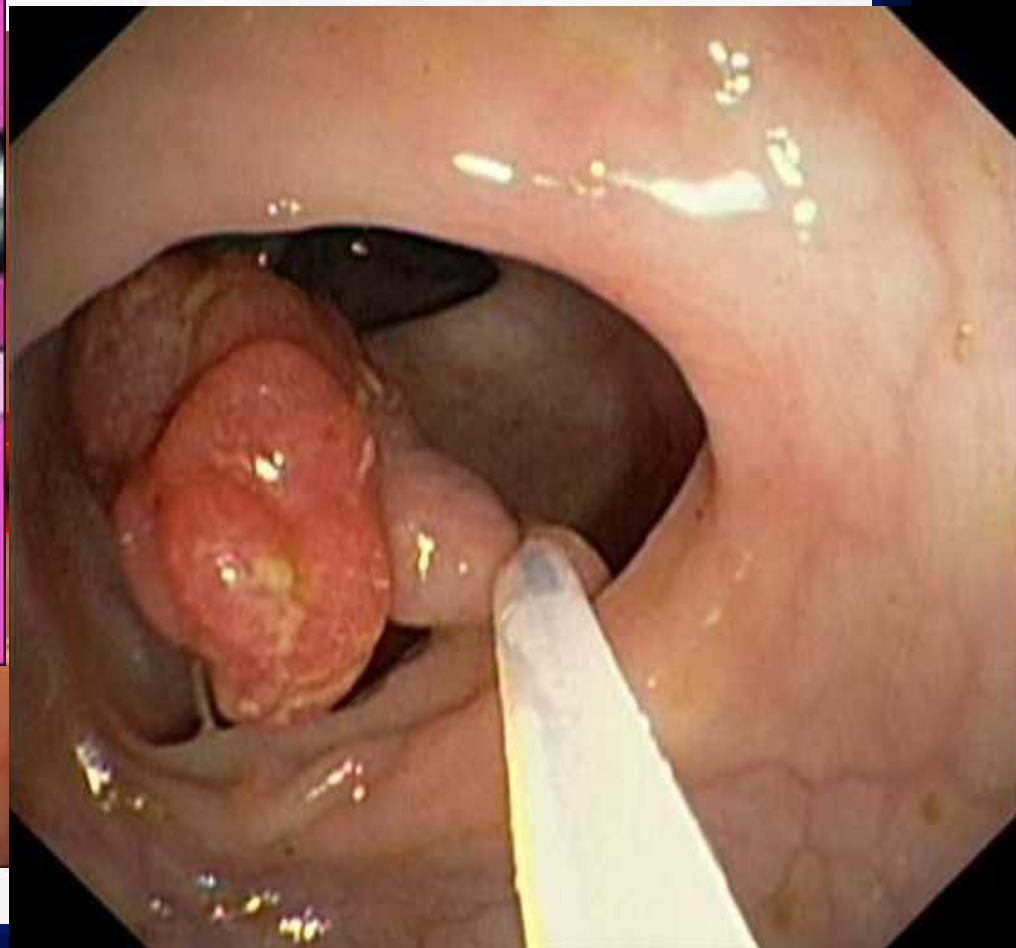
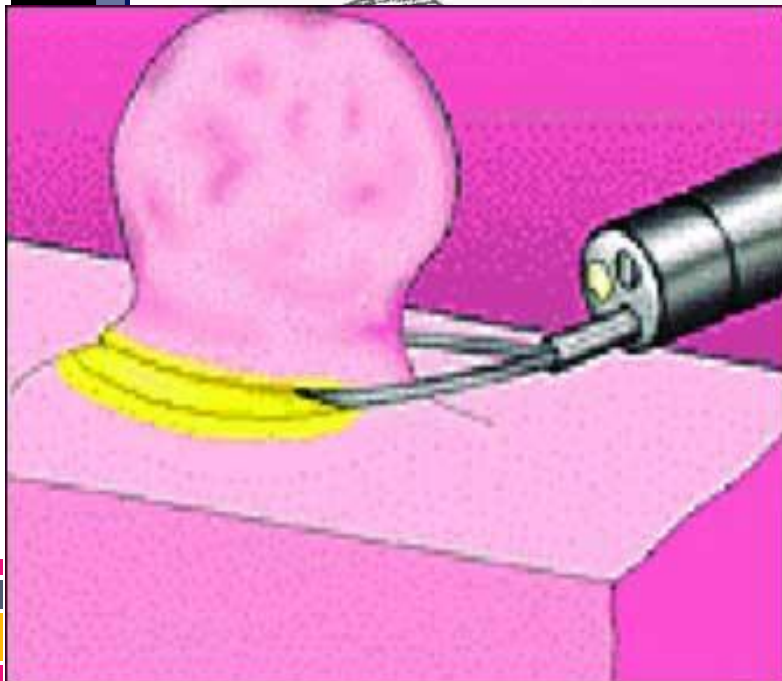
# Πώς προκαλείται ο ΚΠΕ;



# Πώς προκαλείται ο ΚΠΕ;

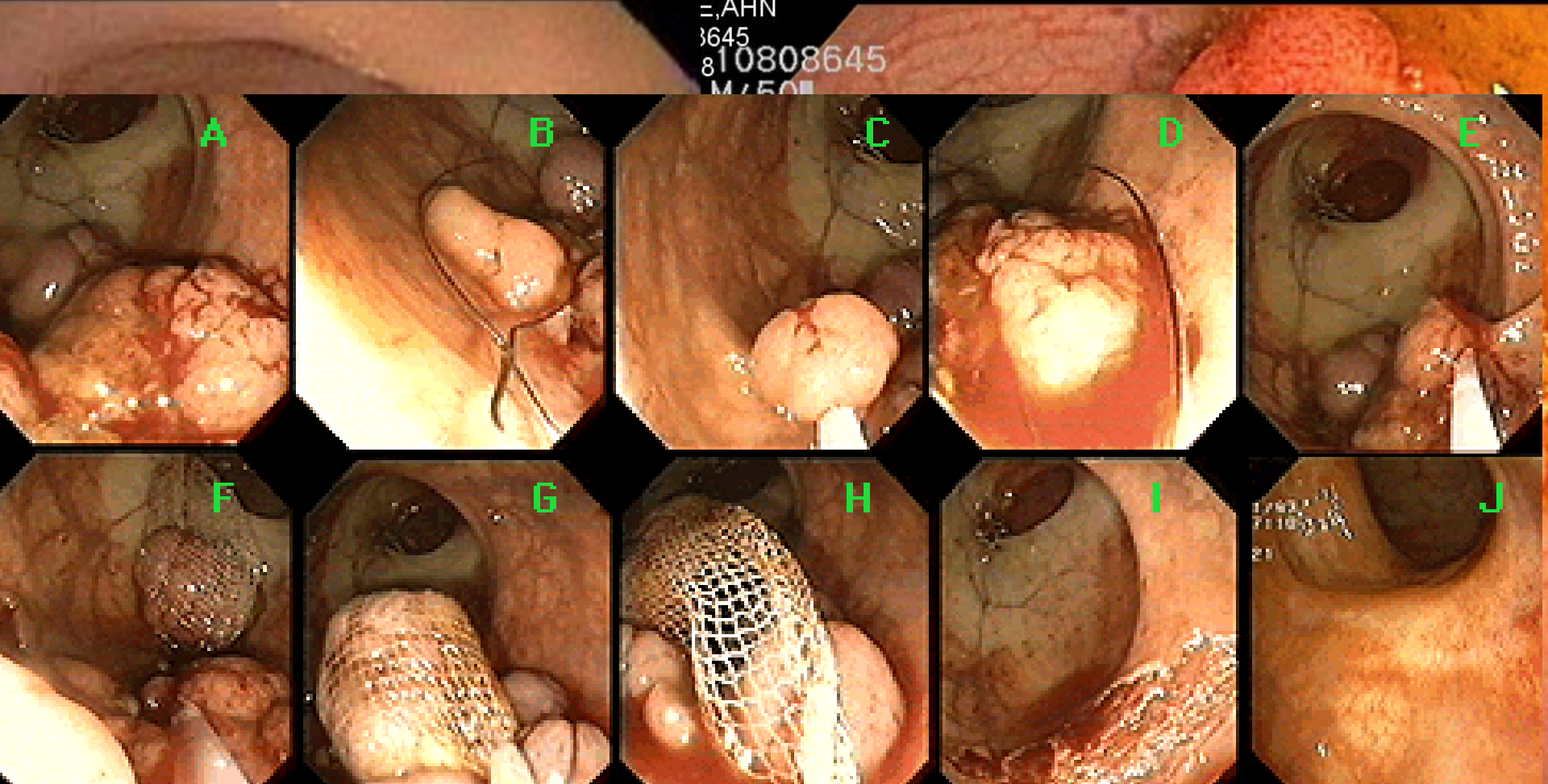
- Εάν συμβούν **και άλλες βλάβες στα γονίδια** των κυττάρων του πολύποδα τότε αναπτύσσεται ο **ΚΠΕ**
- Σχεδόν όλοι οι ΚΠΕ αναπτύσσονται πάνω σε πολύποδα και για το λόγο αυτό η **αφαίρεση** των πολυπόδων μπορεί να **προλάβει** την ανάπτυξη του καρκίνου
- Ευτυχώς, δεν εξελίσσονται σε καρκίνο όλοι οι πολύποδες → **περιβάλλον ???**

# Αλληλουχία πολύποδα - καρκίνου



# ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΟΛΥΠΟΔΕΚΤΟΜΗ

Ξ,ΑΗΝ  
3645  
810808645  
M/50



# ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΚΠΕ)

## ➤ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ

- Τροποποίηση **περιβαλλοντικών παραγόντων**, που συνδέονται αιτιολογικά με νεοπλάσματα του παχέος εντέρου δηλαδή τον καρκίνο (ΚΠΕ) και τα αδενώματα

## ➤ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ

- Εφαρμογή **προσυμπτωματικού ελέγχου** του γενικού πληθυσμού (screening) ή ομάδων υψηλού κινδύνου (surveillance)

→ προσυμπτωματική ανίχνευση βλαβών (ΚΠΕ – Αδενώματα)

## ➤ ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ «ΠΡΟΛΗΨΗ»

- Παρακολούθηση για τυχόν **υποτροπή** νεοπλασμάτων παχές εντέρου μετά από εφαρμοσθείσα θεραπεία

# ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## Επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου

### ■ **ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΙ**

Άσκηση-δραστηριότητα  
Λήψη μετεμμηνοπαυσιακών ορμονών  
Αυξημένο BMI (ιδίως άντρες)  
Κάπνισμα

### ■ **ΠΙΘΑΝΟΙ**

Ασβέστιο  
ΜΣΑΦ  
Κατανάλωση κρέατος  
Αλκοόλ

### ■ **ΑΣΤΑΘΕΙΣ**

Λαχανικά, φρούτα, ίνες

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ**

Μείωση

Μείωση

Αύξηση

Αύξηση

Μείωση

Μείωση

Αύξηση

Αύξηση



# Legal and Ethical Considerations: Group 4 Report

ESGE/UEGF Colorectal Cancer – Public Awareness Campaign

The Public/Professional Interface Workshop

Oslo, Norway, June 20 – 22, 2003

## Chair:

A. T. R. Axon

## Workgroup members:

U. Beilenhoff

T. James

S. D. Ladas

E. Larsen

C. S. Neumann

A. Nowak

R. Schöfl

K. M. Tveit

## Introduction

In the clinical situation patients approach their doctor with a medical problem. The duties of the doctor are clear: he or she has to address the patient's concerns. The responsibility for establishing the relationship lies with the patient who has approached the doctor. Where screening is concerned, the situation is different. In this case it is a health provider or doctor who approaches normal, fit members of the public, warning them that although they believe themselves to be healthy they may, nevertheless be harboring serious disease but if they are prepared to undergo certain clinical procedures they can abolish or reduce their likelihood of developing it. In this case it is the medical system that has created the interface and it must bear the responsibility for the outcome. Fit, normal people may be seriously disadvantaged or even die as a result of the intervention their medical advisers propose to undertake. The principle "first do no harm" is

itive results and the implications of these must be clearly understood. In targeting the population to be screened careful attention must be given to ensure that the age limits both at the bottom and the top end are appropriate, that they are clearly defined, and that the effects of co-morbidity and other factors are taken into consideration when setting up the program.

The healthcare provider and the profession have a responsibility to ensure that invasive investigations, such as colonoscopy, are carried out by appropriately trained individuals in a suitable and safe environment and that the screening process is properly audited for quality assurance and outcomes. Finally, the provider must demonstrate that the program is a reasonable cost on the healthcare budget. This may vary from society to society depending upon such factors as the incidence of the disease to be screened for in a particular location, the prosperity of the community and the state of general healthcare provision.

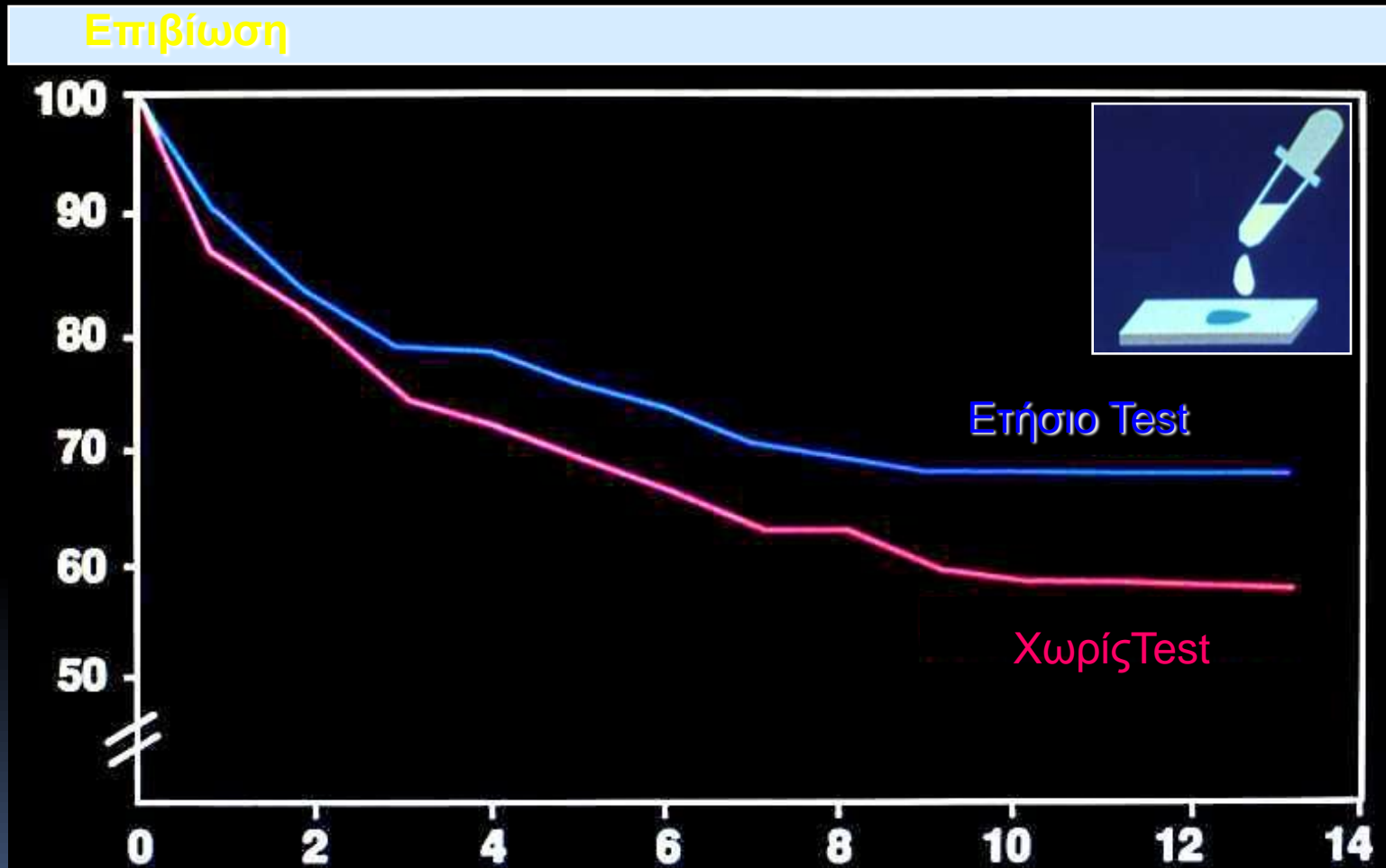
# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- Δοκιμασία αιμοσφαιρίνης κοπράνων (FOBT)  
(2 δείγματα από 3 διαδοχικές κενώσεις)
- Εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση (FS)
- ✓ **Κολonosκόπηση**
- Βαριούχος υποκλυσμός (BY)
- Εικονική κολonosκόπηση



# Επίδραση της FOBT στη θνητότητα από ΚΠΕ

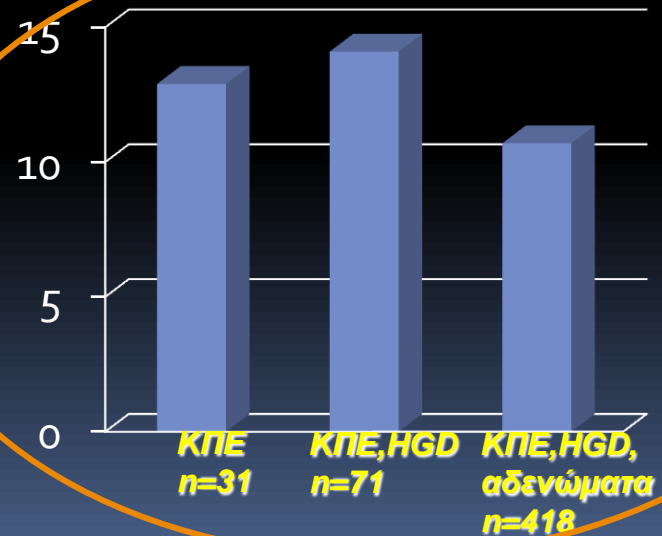


# Επίδραση της FOBT στη θνητότητα από ΚΠΕ - μελέτες

Μελέτη	έτος	ασθενείς	μείωση θνητότητας
Minnesota	1993	46.000	33%
Nottingham	1996	153.000	15%
Funen	2002	62.000	18%
Σύνολο		261.000	21%

# Αδυναμία της FOBT

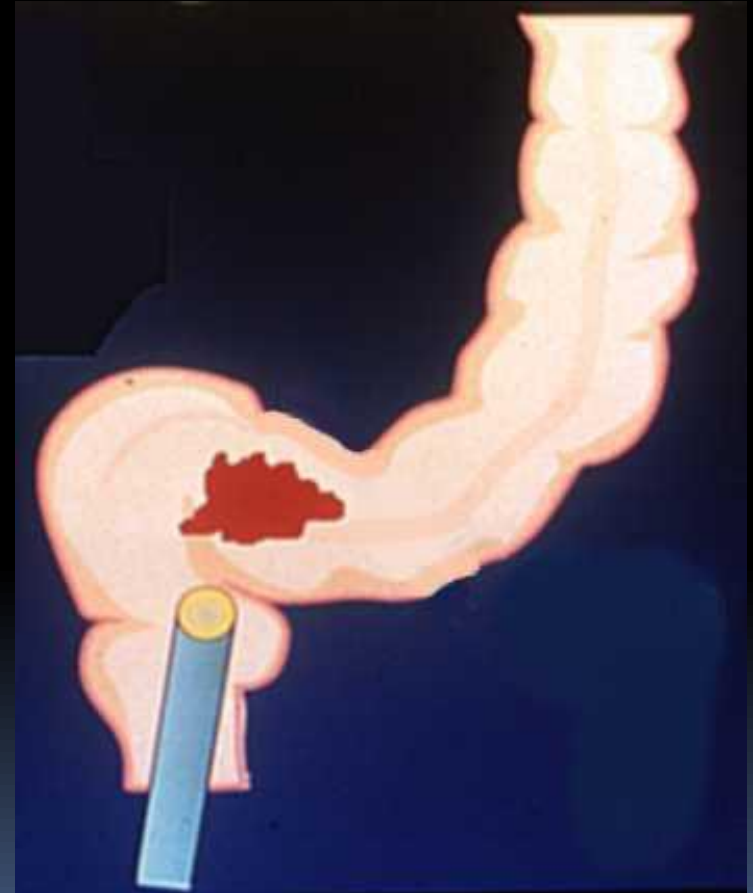
- Μικρή ευαισθησία
- Μικρή ειδικότητα



# Εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση (FS)

Συγγραφέας	Μείωση θνητότητας από ΚΠΕ
Newcomb et al (J Natl Cancer Inst 1992)	79%
Selby et al (NEJM 1992)	70%

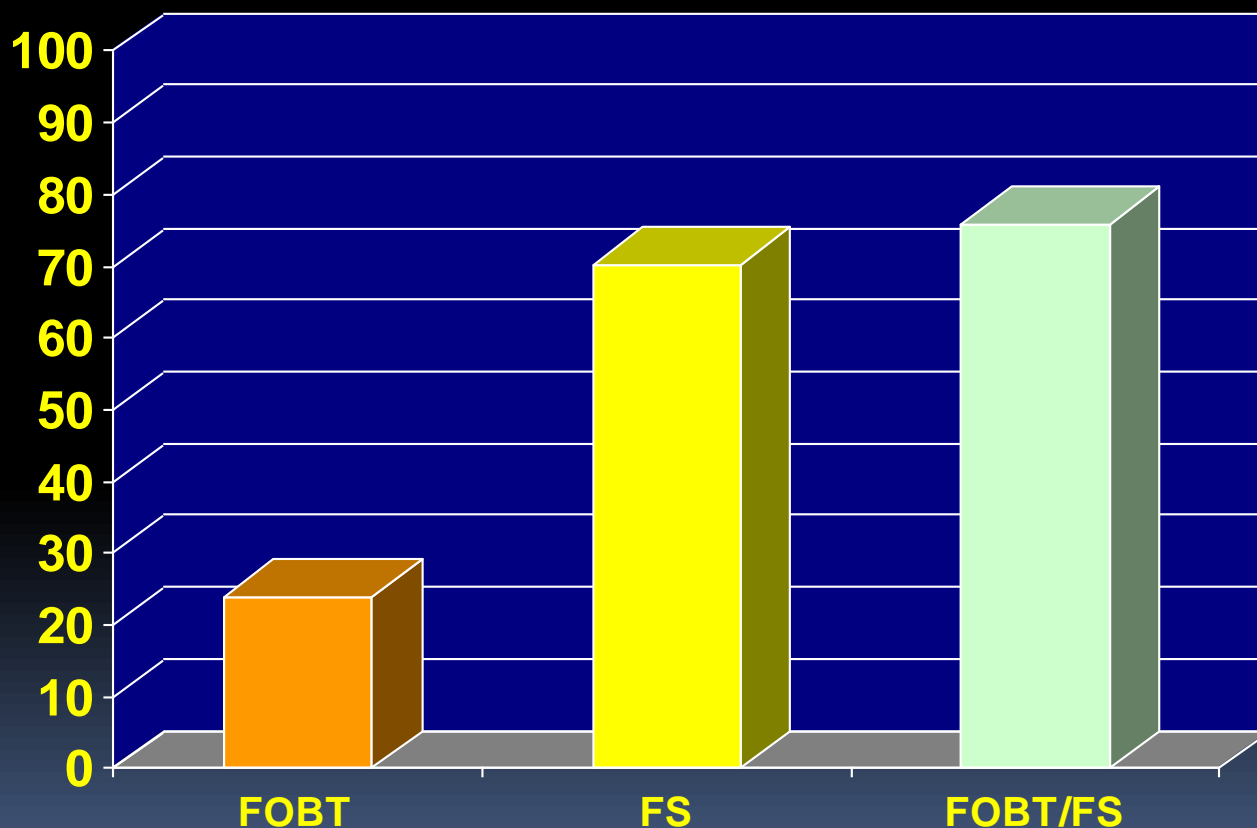
➤ **ΠΡΟΒΛΗΜΑ της FS:**  
βλάβες δεξιού κόλου, συχνά χωρίς «συνοδά» αδενώματα αριστερού



# FOBT + FS →

(+) ευρήματα ακολουθούνται από κολonosκόπηση

Ανίχνευση προχωρημένων αδενωμάτων και ΚΠΕ (%)



➤ FOBT:  
περιορισμοί

➤ FS: βλάβες  
δεξιού  
κόλου, συχνά  
χωρίς «συνοδά»  
αδενώματα  
αριστερού

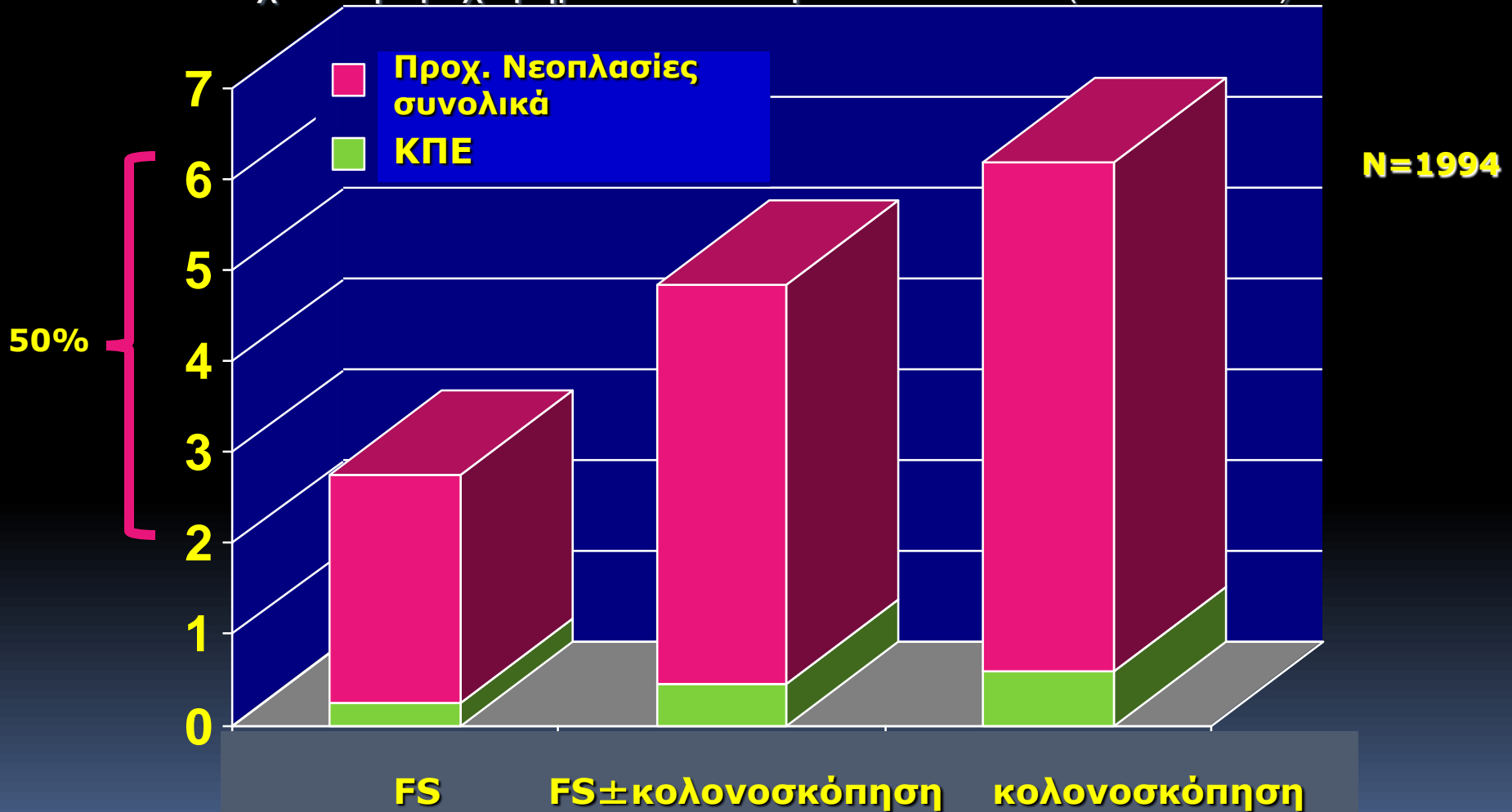
➤ «Δεκτή» αλλά  
δεν προτιμάται

*ASGE guidelines*

*Liebermann DA et al. N Engl J Med 2001;345:555-60*

# Διαγνωστικό κέρδος με προσυμπτωματικό έλεγχο για ΚΠΕ με την κολonosκόπηση

Ανίχνευση προχωρημένων αδενωμάτων και ΚΠΕ (% ασθενών)

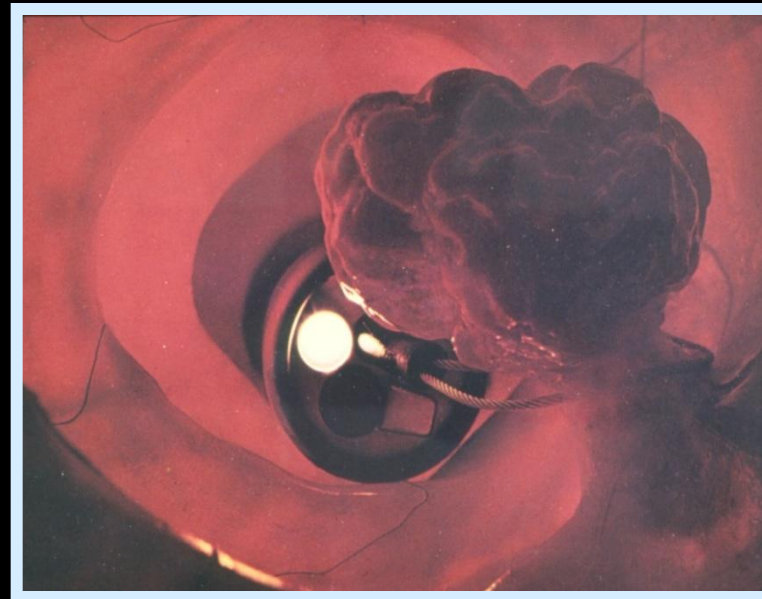


# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## Κολονοσκόπηση

*ASGE guidelines 2006*

- **Ευαισθησία:**  
90-95% (πολύποδες  $\geq 1\text{cm}$ )
- **Ειδικότητα:** 99-100% (βιοψία)
- Δυνατότητα **βιοψίας** - πολυπεκτομής
- **Ασφάλεια:**  
Διαγνωστική: επιπλοκές (0,35%), θνητότητα (0,006%)  
Θεραπευτική: αιμορραγία (1-1,5%), διάτρηση (0,3%)
- Αποδοχή: ? (76 vs. 16%) **Adler A, Papanikolaou IS et al, UEGW 2008**
- Κόστος: ?
- Δεξιότητα / εμπειρία ενδοσκόπου



# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

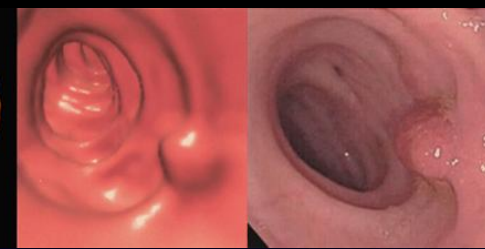


## ΒΥ

- Μικρότερη ευαισθησία έναντι της κολονοσκόπησης
- Ανοχή (; προετοιμασία...), κόστος (;), ακτινοβολία (;)
- Ιστολογική διάγνωση (-)
- Θεραπεία (-)
- Δεν υπάρχουν αποδείξεις αποτελεσματικότητας και δεν συνιστάται

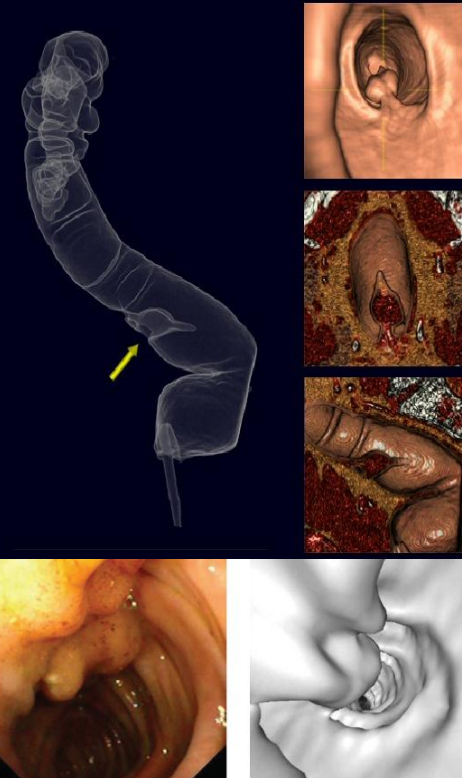


# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ



## Εικονική κολονοσκόπηση ή CT κολονογραφία (virtual colonoscopy)

- Εντερική προετοιμασία (+), εμφύσηση (+)
- Ανοχή (;), κόστος (;), ακτινοβολία (;)
- Βλάβες  $\geq 1$ εκ.  
(ΒΥ vs ΕΚ vs κολονο-): 48%, 59%, 98%  
*Rockey et al. Lancet, 2005*
- Ιστολογική διάγνωση (-) / Θεραπεία (-)



- Δεν υπάρχουν αποδείξεις αποτελεσματικότητας (νέα τεχνική) και δεν συνιστάται

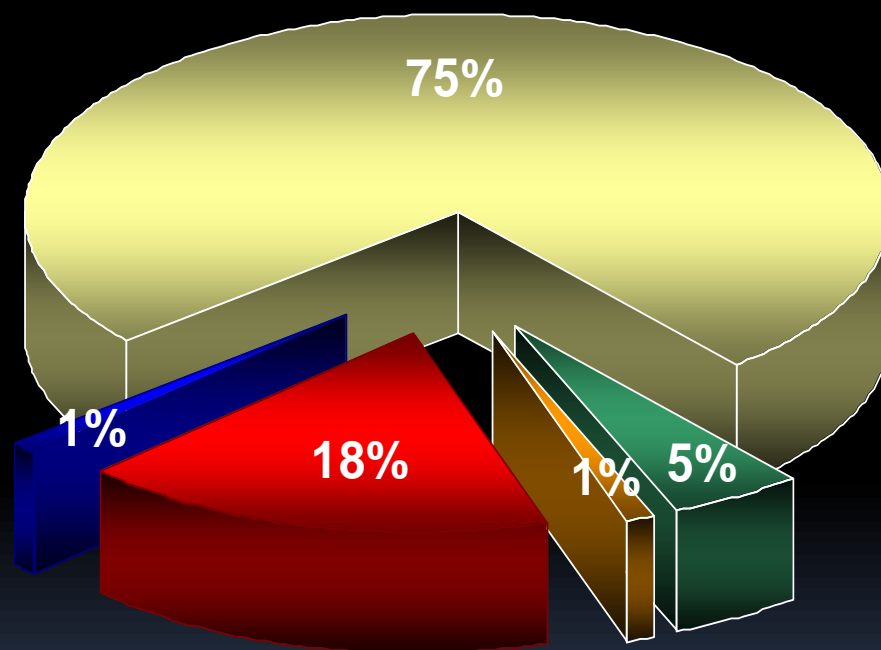
# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

- Άτομα χαμηλού ή «συνήθους» κινδύνου (average risk) = 70-75%
- Άτομα «ενδιάμεσου» και «αυξημένου» κινδύνου = 25-30%
  - 1) ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ ή αδενωματώδους πολύποδα
  - 2) κληρονομικό μη πολυποδιασικό ΚΠΕ  
(**HNPCC** - σύνδρομο Lynch 1 & 2)
  - 3) σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης (**FAP**)
  - 4) μακράς διάρκειας **IΦΝΕ**

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ

# Ταξινόμηση ατόμων που μπορεί να αναπτύξουν ΚΠΕ



■ σποραδικός καρκίνος

■ FAP

■ ΙΦΝΕ

■ HNPCC

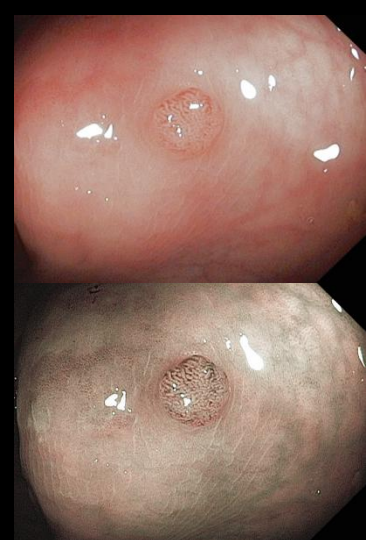
■ οικογενειακό ιστορικό

# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

*Άτομα συνήθους (χαμηλού)  
κινδύνου*

## *Κολονοσκόπηση*

- ✓ **ΕΝΑΡΞΗ:** στα 50 έτη → ανά 10ετία
- ✓ **ΔΙΑΚΟΠΗ:** ???
- ✓ **Εναλλακτικά (χωρίς όμως να προτιμούνται):**  
**FOBT/έτος**  
**FS/5ετία ή**  
**FOBT/έτος+FS/5ετία**



# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## Άτομα ενδιάμεσου κινδύνου

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΠΕ

(κίνδυνος x2-4)

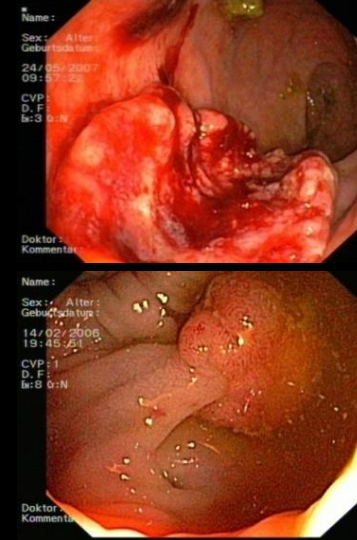
### Ή ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΑ

- Συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού πρέπει να ελέγχονται (με κολonosκόπηση) ανά:
  - 3-5 έτη εάν ο συγγενής εμφάνισε ΚΠΕ < 60 ετών
  - 10 έτη εάν ο συγγενής εμφάνισε ΚΠΕ ≥ 60 ετών
  - 5 έτη εάν ο συγγενής εμφάνισε αδένωμα < 60 ετών
  - 10 έτη εάν ο συγγενής εμφάνισε αδένωμα ≥ 60 ετών

από τα 40 έτη ή 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία διάγνωσης του πάσχοντος συγγενούς

- Συγγενείς 2-3<sup>ου</sup> βαθμού: όπως άτομα γενικού κινδύνου

**ASGE guidelines**



# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

*Άτομα αυξημένου κινδύνου*

**FAP: ΚΠΕ ως 40-50 ετών** → άπω  
**γενετικός έλεγχος (<10 έτη)**  
**σε ασθενείς και μέλη οικογενείας**



- ⇒ **(+)**: FS / έτος (έως τα 40 έτη) και ανά 3-5 έτη μετά
- ⇒ **(-)**: FS / 7-10 έτη (λάθος;)
- ⇒ **(μη διαθέσιμος)**: FS / έτος (από 10-12 ετών)

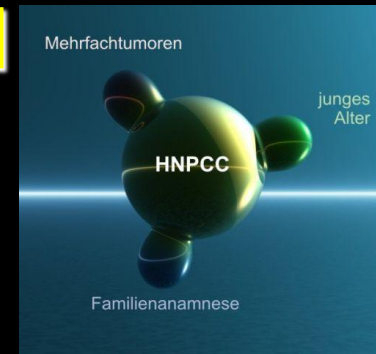
**Attenuated FAP:**

Κολonosκόπηση / έτος (εγγύς εντόπιση)  
(≥20 έτη)

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ**

# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

## Άτομα αυξημένου κινδύνου



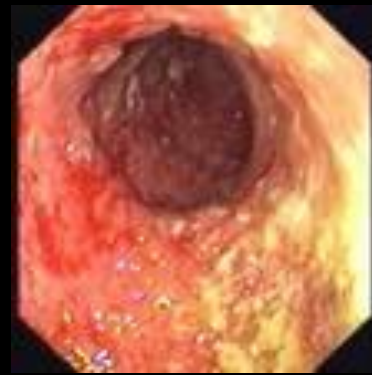
### HNPCC (ή σύνδρομο Lynch)

- Διαταραχή σε γονίδια επιδιόρθωσης DNA-mismatch (hMSH2, hMLH1, hPMS2 και hPMS1) → μικροδορυφορική αστάθεια (MSI)
- ΚΠΕ ~44 έτη, συνήθως εγγύς κόλον
- Κλινικά κριτήρια Amsterdam, Bethesda
- ✓ **MSI θετική** σε >90% (vs 15% σε σποραδικό ΚΠΕ)  
έλεγχος για **μεταλλάξεις στα γονίδια**  
εάν κάποιο είναι(+) → έλεγχος στην οικογένεια
- ✓ Δυνητικά πάσχοντες πρέπει να ελέγχονται με **κολοσκόπηση/1-2**  
έτη, από τα 20 έτη (ή 10 έτη ενωρίτερα από τη μικρότερη ηλικία  
διάγνωσης στην οικογένεια) και
- ✓ **κολοσκόπηση / έτος** από τα 40 έτη

**ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ**

# ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

*Άτομα αυξημένου κινδύνου*



## ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΦΝΕ

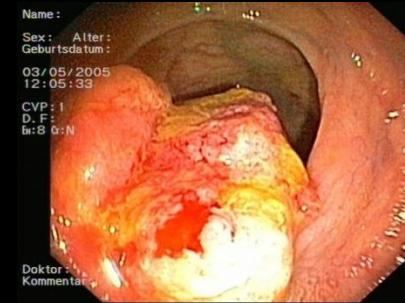
(κίνδυνος: διάρκεια νόσου, έκταση, οικογενειακό ιστορικό ΚΠΕ, PSC)

Κολονοσκόπηση/1-2 έτη ξεκινώντας 8-10 έτη μετά τη διάγνωση με βιοψίες



# ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ «ΠΡΟΛΗΨΗ»

## Άτομα ενδιάμεσου κινδύνου



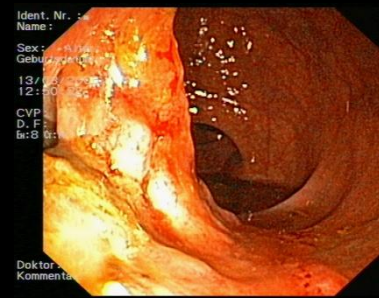
- **Ατομικό ιστορικό ΚΠΕ**
- Ατομικό ιστορικό Αδενωμάτων
- Μετά αφαίρεση πολύποδα με high grade dysplasia – HGD
- Μετά αφαίρεση κακοήθη πολύποδα
- Αδενώματα σε FS
- Υπερπλαστικοί πολύποδες σε FS
- Μετεγχειρητική παρακολούθηση σε Ca ορθού

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΠΕ

- **Υποτροπή** στην αναστόμωση (**1-15%**)
- **Μετάχρονα** νεοπλάσματα: **ΚΠΕ → 9%**  
και αδενώματα → 35%

- ✓ Απαιτείται **έλεγχος όλου ΠΕ** με **ολική κολονοσκόπηση**  
(σε στένωση **Virtual** ή **διεγχειρητική** κολονοσκόπηση)  
ή μέσα σε 6 μήνες **μετά χειρουργική αφαίρεση ΚΠΕ**
- ✓ Εν συνεχεία στο **1 έτος** μετεγχειρητικά
- ✓ Αν κ.φ. → μετά **3 έτη** → αν κ.φ μετά **5 έτη...**

*ASGE guidelines*



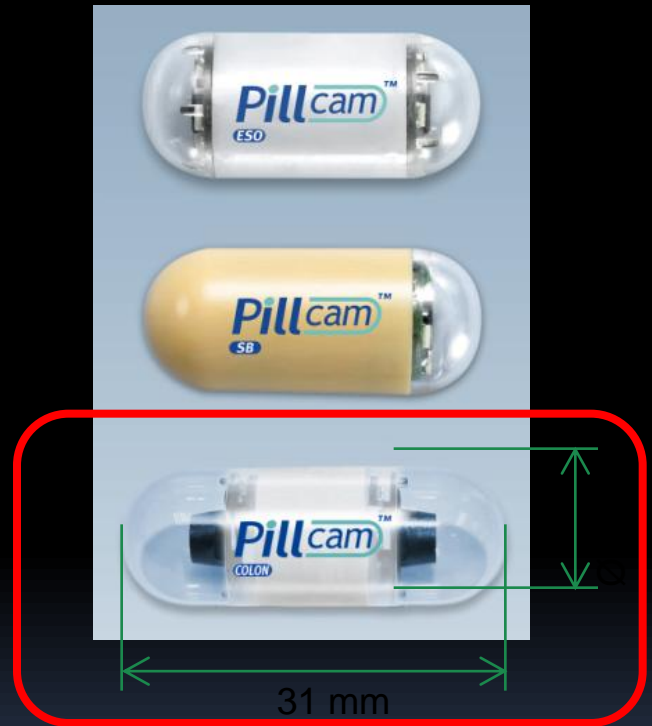
# Εξέλιξη της κολονοσκόπησης



# PillCam COLON

## Κάψουλα παχέος εντέρου

- Νέος σχεδιασμός:
  - Video-κάμερα 2 όψεων
  - 4 λήψεις/sec.
  - Αυτόματος έλεγχος φωτισμού
  - Μεγ. επιφάνεια
- 31 x 11 mm
- ca. 10 h ζωή μπαταρίας
- Delay Modus (ενεργοποίηση 2ωρο μετά τη λήψη)
- CE-άδεια 10/2006



# Ο δεκάλογος της πρόληψης

1. Επισκεφτείτε **ΑΜΕΣΑ** το γιατρό σας εάν έχετε κάποιο από τα συμπτώματα του ΚΠΕ
2. Μάθετε το **οικογενειακό** ιατρικό σας ιστορικό
3. Ζητήστε τη **συμβουλή ενός ειδικού** αν υπάρχει στη οικογένεια κληρονομικό νόσημα που να σχετίζεται με ΚΠΕ
4. **Συζητάτε** με το γιατρό το ιατρικό σας ιστορικό
5. Ακολουθείτε μια **ισορροπημένη διαίτα**

# Ο δεκάλογος της πρόληψης

6. Διατηρείστε κανονικό το **βάρος** σας
7. Προσπαθείτε να **ασκήστε**
8. **Μην καπνίζετε**
9. Περιορίστε το **αλκοόλ** και μειώστε την έκθεση στην **ακτινοβολία**
10. Εάν είστε  **$\geq$  των 50 ετών** προγραμματίστε **προληπτικό** έλεγχο στο παχύ σας έντερο **ΤΩΡΑ** που δεν έχετε συμπτώματα

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΩΝ**

