

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΣ, ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ
ΑΓΓΕΙΩΝ

Διευθυντής: Καθηγητής Χρ. Παπακωνσταντίνου
Τηλ.: 2310994871, 2310993592
Φαξ: 2310994871
E – mail: papakon@med.auth.gr

Γραμματέας: Ε. Μαριόγλου
Τηλ.: 2310994874, 2310993872

Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Στίλπ. Κυριακίδη 1
54636 Θεσσαλονίκη

DEPARTMENT OF THORACIC AND
CARDIOVASCULAR SURGERY

Head: Prof. Chr. Papakonstantinou
Tel.: + 30 2310994871, + 30 2310993592
Fax: +30 2310994871
E – mail: papakon@med.auth.gr

Secretary: Ε. Μαριόγλου
Tel.: + 30 2310994874, + 30 2310993872

AHEPA UNIVERSITY HOSPITAL
Stilp. Kyriakidi 1
54636 Thessaloniki



Θεσσαλονίκη, 16.02.10

Αξιότιμε κ. Συνάδελφε,

όπως γνωρίζετε ήδη, έχετε οριστεί ως εισηγητής - σχολιαστής στο 3^ο Διακλινικό Μετεκπαιδευτικό Μάθημα της Χειρουργικής Κλινικής Θώρακος, Καρδιάς και Μεγάλων Αγγείων ΑΠΘ για το ακαδημαϊκό έτος 2009/10, το οποίο είναι προγραμματισμένο για τις 05.03.10, ημέρα Παρασκευή και ώρες 20.00 – 22.30, στην Αίθουσα Τελετών της Παλαιάς Φιλοσοφικής Σχολής του ΑΠΘ. Σας κάνουμε γνωστό το θέμα της εισήγησής σας, καθώς και των εισηγήσεων των άλλων συμμετεχόντων.

3^ο Μάθημα - Παρασκευή 05.03.2010

Συνήθη προβλήματα μετά πνευμονικές εκτομές

Ομιλητές:

1. **Κ. Αθανασιάδη:** Επίμονη διαφυγή αέρα (air leak): αποφυγή και αντιμετώπιση
2. **Δ. Φιλίππου:** Εμπύημα μετά πνευμονεκτομή: αντιμετώπιση
3. **Χ. Φορούλης:** Αρρυθμίες, θωρακικός πόνος, θετικό για κακοήθεια βρογχικό κολόβωμα: αντιμετώπιση
4. **Ι. Παπαχρήστος:** Υποτροπή – μετάσταση μετά πνευμονικές εκτομές: στρατηγική αντιμετώπισης;

Σχολιαστές

1. **Μ. Κωνσταντίνου**
2. **Π. Τόμος**
3. **Β. Διδίλης**
4. **Α. Χατζημιχάλης**
5. **Ι. Μπελλένης**

Με εκτίμηση,
Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Χ. Παπακωνσταντίνου
Καθηγητής ΑΠΘ

Υποτροπή – Μετάσταση μετά πνευμονικές εκτομές: Στρατηγική Αντιμετώπισης



Ιωάννης Χ. Παπαχρήστος

Αρχίατρος – Θωρακοχειρουργός

Δ/ντής ΘΡΧ Τμήματος του 424 ΓΣΝΕ

Εκπρόσωπος στην Ελλάδα της ESTS



18th European Conference on General Thoracic Surgery

**Valladolid - Spain
30 May - 2 June 2010**

Home

- General Information
- Scientific Programme
- Social Programme
- Accommodation
- Registration
- Contact Details
- Future Meetings and Events



ABSTRACT SUBMISSION CLOSED

A record of 482 abstracts have been submitted

Notification of abstract acceptance will be mailed to authors early April

BE PART OF THE CONFERENCE AND REGISTER NOW !

Early Bird Deadline: 30 April, 2010

For a secure and rapid way
to register and/or book your hotel accommodation online

[PLEASE CLICK HERE](#)

www.ests.org

© ESTS www.ests.org

[Home](#)

Διάκριση Υποτροπής Νόσου:

- **Τοπική / Περιοχική** (Locoregional Recurrence)
- **Μεμακρυσμένη** ή Αιματογενή ή Παρουσία Μετάστασης (Distant Metastasis)
- **NSCLC** (Μη-μικροκυττ Ca πνεύμονος): Άπασες οι διαφάνειες εκτός της προτελευταίας
- **SCLC** (Μικροκυττ Ca πνεύμονα): προτελευταία διαφάνεια μόνον

05.3.2010

www.icp-med.gr³

Τοπική / Περιοχ ΥΠΟΤΡΟΠΗ 1

- **Ορισμός Locoregional Recurrence:**
 - Υποτροπή Όγκου σε ανατομική περιοχή παρακείμενη του εκταμένου Όγκου, συμπεριλαμβανόμενου του σύστοιχου Ημιθωρακίου και Μεσαυλίου
- **Διαφέρει** από τον **Μετάχρονο** Καρκίνο Πνεύμονα στην πρόγνωση και στην ενδεικνυόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση.

05.3.2010

www.icp-med.gr⁴

Μετάχρονος Καρκίνος - Ορισμός

- Διαφορετικός ιστοπαθολογ τύπος, ή:
- Ίδιος ιστοπαθολογ τύπος, αν:
 - Μεσοδιάστημα > 2 χρ
 - Προέλευση από καρκίνωμα *in situ*
 - 2^{ος} καρκίνος σε διαφορετικό πνεύμονα ή λοβό, αλλά:
 - χωρίς καρκίνωμα σέ κοινές λαμφαγγειακές οδούς
 - Χωρίς εξωπνευμονικές μεταστάσεις κατά την διάγνωση

Incidence of local recurrence and second primary tumors in resected stage I lung cancer. Martini N, Bains MS, Burt ME et al. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109:120-129

05.3.2010

www.icp-med.gr⁵

Table 1—Distinguishing Between Recurrence of the Original Lung Cancer and Development of a New Lung Cancer During Surveillance

Metachronous Tumors, Martini and Melamed Criteria*	Metachronous Tumors, Proposed Revision
Histology different	Histology different
Histology the same, if:	Histology the same, if:
Free interval between cancers at least 2 years, or	Free interval between cancers at least 4 yr, or
Origin from carcinoma <i>in situ</i> , or	Origin from carcinoma <i>in situ</i> , and
Second cancer in different lobe or lung, but	No extrapulmonary metastases at time of diagnosis
No carcinoma in lymphatics common to both, and	
No extrapulmonary metastases at time of diagnosis	

Follow-up and Surveillance of the Lung Cancer Patient Following Curative Intent Therapy* ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guideline (2nd Edition). Rubins J, Unger M, Colice GL. *Chest* 2007; 132:355S–367S

05.3.2010

www.icp-med.gr⁶

Τοπική / Περιοχ ΥΠΟΤΡΟΠΗ 2

- Ενδοβρογχική εντόπιση:
 - Αιμόπτυση
 - Στένωση
 - Βρογχοϋπεζωκοτικό συρίγγιο
- Μεσαυλική εντόπιση
- Στένωση Άνω Κοίλης

05.3.2010

www.icp-med.gr⁷

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ (Μεμακρυσμένη Υποτροπή) 1

- Υποτροπή Όγκου στον Αντίστοιχο Πνεύμονα, έξω από το σύστοιχο ημιθωράκιο & έξω από τη σύστοιχη μοίρα Μεσαυλίου

Post-recurrence survival in completely resected stage I non-small cell lung cancer with local Recurrence. Hung JJ, Hsu WH et al. Thorax 2009; 64:192–196

- **Αριθμός διακριτών εστιών:**
 - Μονήρης μετάσταση
 - Πολλαπλές (2 ή περισσότερες)
- **Αριθμός Οργάνων** στα οποία εντοπίζονται:
 - 1 όργανο
 - Γενικευμένες μεταστάσεις (2 ή περισσότερα όργανα)

05.3.2010

www.icp-med.gr⁸

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ (Μεμακρυσμένη Υποτροπή) 2

- Εγκέφαλος
- Οστά
 - Συμπίεση ΣΣ λόγω παθολογικών καταγμάτων σπονδύλων και παραπληγία
- Ήπαρ
- Πνευμονικό παρέγχυμα
- Επινεφρίδιο
- Δέρμα
- Άλλη

05.3.2010

www.icp-med.gr⁹

Predicting Postrecurrence Survival Among Completely Resected Non-small-Cell Lung Cancer Patients

Brent A. Williams, MS, Hiroshi Sugimura, MD, Chiaki Endo, MD, Francis C. Nichols, MD, Stephen D. Cassivi, MD, Mark S. Allen, MD, Peter C. Pairolero, MD, Claude Deschamps, MD, and Ping Yang, MD, PhD

Division of Biostatistics, Division of Epidemiology and Cancer Center, and Division of General Thoracic Surgery, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota

Background. Survival after recurrence subsequent to complete resection of non-small-cell lung cancer (NSCLC) has been considered a multifactorial process dependent on demographic, clinical, biological, and treatment characteristics. This study sought to quantify the prognostic effects of these characteristics on postrecurrence survival.

Methods. Three hundred ninety NSCLC patients who underwent complete resection and subsequently had recurrent cancer were studied. The associations between characteristics of both the initial and recurrent disease with postrecurrence survival were evaluated by Cox proportional hazards models. A multivariable Cox model determined those factors most strongly associated with postrecurrence survival. A simple algorithm based on this model facilitates estimating risk of postrecurrence mortality, as quantified by risk score points.

Results. The factors most strongly associated with postrecurrence survival were performance status at recur-

rence (3 or 4, 4.2 points; 2, 2.8 points; and 1, 1.5 points), symptoms at recurrence (3.6 points), liver recurrence (2.3 points), initial lung cancer stage IIB or worse (1.8 points), and multiple recurrences (1.0 points). Based on these factors, patients were stratified as low risk (4.0 or fewer total points), moderate-low risk (4.1 to 6.1 points), moderate-high risk (6.1 to 8.0 points), and high risk (more than 8.0 points), with 12-month survival of 75%, 51%, 25%, and 9%, respectively. Postrecurrence survival was significantly different across groups ($p < 0.01$).

Conclusions. The proposed prediction instrument offers clinicians a succinct tool for rapidly evaluating mortality risk after recurrence. The characteristics comprising this instrument can be easily ascertained and measured, making it of potential clinical value.

(Ann Thorac Surg 2006;81:1021-7)
© 2006 by The Society of Thoracic Surgeons

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁰

Επιβίωση μετά από Υποτροπή -1

- **Προοπτική** μελέτη Mayo Clinic 997-2001:
 - 1.361 ασθενείς Πλήρη εκτομή με Ιαματική πρόθεση για NSCLC (από 4.673 αρχικά ασθ)
 - **1.073** ασθ είχαν με βεβαιότητα τεκμηρίωση Παρουσίας ή Απουσίας Υποτροπής (μέχρι 2003)
 - **445** ασθ (41,5%) τεκμηριωμένη Υποτροπή – 55 ασθ με Ασαφή στοιχεία Υποτροπής =
 - Τελικά **390** ασθενείς με Υποτροπή Νόσου για περαιτέρω ανάλυση

Predicting Postrecurrence Survival Among Completely Resected Nonsmall-Cell Lung Cancer Patients. Williams BA, Sugimura H, Endo C et al. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1021-7 (Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota)

05.3.2010

www.icp-med.gr¹¹

Επιβίωση μετά από Υποτροπή -2

- Από τους συνολικά **390** ασθ με Υποτροπή Νόσου:
 - **20% Τοπική/περιοχική Υπ. μόνον** (79 ασθ)
 - **64% Μεμακρυσμένη Υπ. Μόνον** (249 ασθ)
 - **16%** είχαν & Τοπ/Περιοχ & Μεμακρ. Υπ (62 ασθ)
- Διάμεσος χρόνος από Εκτομή μέχρι Υποτροπή : 11,5 μήνες (6-20,7 μήνες)
- Συνολική διάμεση Επιβ μετά από Υποτροπή: **8,1** μήνες
- **12-μηνη** Επιβ = **37%**, **2-ετής** Επιβ = **17%**

Williams BA, Sugimura H et al. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1021-7 (Mayo Clinic)

05.3.2010

www.icp-med.gr¹²

Table 3. Multivariable Predictors of Postrecurrence Survival and Risk Score (RS) Point Assignments

Characteristic	RR ^a (95% CI)	p Value	RS ^b Points
Performance status at recurrence			
3–4	3.04 (1.92, 4.79)	<0.01	4.2
2	2.08 (1.46, 2.98)		2.8
1	1.51 (1.10, 2.06)		1.5
0	1.00 (ref)		0.0
Symptoms at recurrence			
Yes	2.62 (1.89, 3.64)	<0.01	3.6
No	1.00 (ref)		0.0
Liver recurrence			
Yes	1.82 (1.27, 2.61)	<0.01	2.3
No	1.00 (ref)		0.0
Stage			
IIB/IIIA/IIIB	1.62 (1.26, 2.07)	<0.01	1.8
IA/IB/IIA	1.00 (ref)		0.0
Number of recurrences			
Multiple	1.30 (1.02, 1.67)	0.04	1.0
Single	1.00 (ref)		0.0

^a Relative risk, adjusted for treatment at recurrence. ^b Risk score.
ref = reference.]

05.3.2010 Williams BA, Sugimura H et al *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1021–7

www.icp-med.gr¹³

Table 5. Treatment Modalities Across Risk Score (RS) Groups Among Patients With Complete Resection for Nonsmall Cell Lung Cancer^a

	RS ≤ 4.0 (n = 80)	4.0 < RS ≤ 6.0 (n = 81)	6.0 < RS ≤ 8.0 (n = 150)	RS > 8.0 (n = 79)
Surgery only	20, 25%	12, 15%	9, 6%	3, 4%
Surgery with chemoradiation therapy	4, 5%	10, 12%	14, 9%	4, 5%
Radiation only	2, 2%	12, 15%	43, 29%	18, 23%
Radiation and chemotherapy	20, 25%	12, 15%	23, 15%	8, 10%
Chemotherapy only	11, 14%	16, 20%	26, 17%	6, 8%
No treatment	23, 29%	19, 23%	35, 23%	40, 51%

^a The p value is less than 0.01 for the differences in distribution of treatment modalities across risk score groups.

Williams BA, Sugimura H et al *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1021–7

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁴

Επιβίωση μετά από Υποτροπή -3

- Παράγοντες ισχυρά επηρεάζοντες (-) την Επιβίωση μετά από Υποτροπή:
 - **Performance status** πτωχό κατά την υποτροπή
 - **Ύπαρξη συμπτωμάτων** κατά την Υποτροπή
 - **Ηπατική μετάσταση**
 - **Αρχικό στάδιο $\geq$ II_B**
 - **Πολλαπλές** εστίες Υποτροπής
- 12-μηνιαία Επιβίωση μετά Υποτροπή **9%, 25%, 51%, 75%** (4 Ομάδες ασθενών)

Williams BA, Sugimura H et al *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1021-7 (Mayo Clinic)

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁵

Survival After Recurrent Nonsmall-Cell Lung Cancer After Complete Pulmonary Resection

Hiroshi Sugimura, MD, Francis C. Nichols, MD, Ping Yang, MD, PhD, Mark S. Allen, MD, Stephen D. Cassivi, MD, Claude Deschamps, MD, Brent A. Williams, MS, and Peter C. Pairolero, MD

Department of Health Sciences Research, Division of General Thoracic Surgery, and Section of Biostatistics, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota

Background. Survival characteristics of patients who have recurrent nonsmall-cell lung cancer after surgical resection are not well understood. Little objective evidence exists to justify treatment for these patients.

Methods. We prospectively followed 1,361 consecutive patients with nonsmall-cell lung cancer who underwent complete surgical resection at our institution from January 1997 to December 2001. Only patients having recurrent cancer were included in the analysis. Multivariable Cox proportional hazards models were used to evaluate the effect of prognostic factors on postrecurrence survival.

Results. Follow-up was achieved in 1,073 patients, and recurrent cancer developed in 445. Complete information was available on 390 patients for analysis. There were 262 men and 128 women. Median age at time of recurrence was 69 years. Median time from surgical resection to recurrence was 11.5 months, and median postrecurrence survival was 8.1 months. Recurrence was intrathoracic in

171 patients, extrathoracic in 172, and a combination of both in 47. Treatments after recurrence included surgery in 43 patients, chemotherapy in 59, radiation in 73, and a combination in 96. All patients who received treatment survived longer than those who received no treatment. Preoperative chemotherapy and postoperative radiotherapy for the primary lung cancer, poor Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status, decreased disease-free interval from initial resection to recurrence, symptoms at recurrence, and certain location of recurrence significantly decreased postrecurrence survival.

Conclusions. In our experience, treatment for recurrent nonsmall-cell lung cancer significantly prolongs survival. Various treatment modalities including surgery should be considered in patients with postoperative recurrent nonsmall-cell lung cancer.

(*Ann Thorac Surg* 2007;83:409-18)

© 2007 by The Society of Thoracic Surgeons

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁶

Επιβίωση μετά από Υποτροπή -4

- Πλήρη στοιχεία για **390** ασθ με Υποτροπή (από 1.073 μτχ/κά παρακολουθούμενους)
- **262** ♂ **128** ♀ με Υποτροπή
- Διάμεση Ηλικία Υποτροπής: **69** χρ
- **Ενδοθωρακική** Υποτρ: **171** ασθ
- **Εξωθωρακική** Υποτρ: **172** ασθ
- Συνδυασμ **ενδο + εξωθωρακ** Υποτρ: **47** ασθ

Survival After Recurrent Nonsmall-Cell Lung Cancer After Complete Pulmonary Resection.
Sugimura H, Nichols FC, Yang P et al. *Ann Thorac Surg* **2007**; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁷

Αντιμετώπιση της Υποτροπής

- **Χειρουργική** Θερ **43** ασθ (/ 390)
- **Χ/Θ** **59** ασθ
- **ΑΚΤΘ** **73** ασθ
- Συνδυασμός θεραπ. **96** ασθ
- Υποστηρικτική Θ μόνον **119** ασθ
- Επέζησαν **περισσότερο** χρόνο όλοι οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε **κάποια μορφή θεραπείας** για την Υποτροπή Νόσου

Sugimura H, Nichols FC et al. *Ann Thorac Surg* **2007**; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁸

Table 5. Effect of Treatment in Recurrent Lung Cancer Limited to the Lungs

Site	Treatment for Recurrence	Patients	Postrecurrence Survival		Adjusted RR ^a (95% CI)
			MST (months)	2 Year % (95% CI)	
Lung only	Surgical ^b	23	32.8	72 (56, 94)	0.2 (0.1, 0.5)
	Nonsurgical ^c	34	13.4	18 (9, 38)	0.4 (0.3, 0.7)
	None	27	8.4	28 (14, 57)	1.0 (reference)
Solitary focus	Surgical	15	>34.3	67 (45, 100)	
	Nonsurgical	16	13.3	25 (11, 58)	
	None	9	11.0	—	
Multiple foci	Surgical	8	28.2	75 (50, 100)	
	Nonsurgical	18	15.6	18 (6, 50)	
	None	18	6.4	28 (11, 67)	

^a Adjusted for ECOG-PS at recurrence, symptoms at recurrence, administration of neoadjuvant chemotherapy or adjuvant radiation, and disease-free interval. ^b Treatment including surgical resection. ^c Treatment not including surgical resection.

CI = confidence interval; ECOG-PS = Eastern Cooperative Oncology Group performance status; MST = median post-recurrence survival time; RR = relative risk.

Sugimura H, Nichols FC et al. *Ann Thorac Surg* 2007; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr¹⁹

Table 6. Effect of Treatment in Recurrent Lung Cancer Limited to the Brain

Site	Treatment for Recurrence	Patients	Postrecurrence Survival		Adjusted RR ^a (95% CI)
			MST (months)	1 year % (95% CI)	
Brain only	Surgical ^b	31	11.9	50 (34, 72)	0.1 (0.1, 0.2)
	Nonsurgical ^c	18	6.6	22 (9, 53)	0.3 (0.1, 0.5)
	None	6	1.0	0	1.0 (reference)
Solitary focus	Surgical	24	11.5	48 (30, 75)	
	Nonsurgical	3	6.4	33 (7, 100)	
	None	2	0.7	0	
Multiple foci	Surgical	7	16.4	57 (30, 100)	
	Nonsurgical	15	6.8	20 (7, 55)	
	None	4	1.0	0	

^a Adjusted for ECOG-PS at recurrence, symptoms at recurrence, administration of neoadjuvant chemotherapy or adjuvant radiation, and disease-free interval. ^b Treatment including surgical resection or stereotactic radiosurgery. ^c Treatment not including surgical resection or stereotactic radiosurgery.

CI = confidence interval; ECOG-PS = Eastern Cooperative Oncology Group performance status; MST = median post-recurrence survival time; RR = relative risk.

Sugimura H, Nichols FC et al. *Ann Thorac Surg* 2007; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr²⁰

Table 7. Effect of Treatment in Recurrent Lung Cancer Not Limited to Lung or Brain

Site	Treatment for Recurrence	Patients	Postrecurrence Survival		Adjusted RR ^a (95% CI)
			MST (months)	2 year % (95% CI)	
All other chest (not lung only)	Surgical ^b	7	>25.6	83 (58, 100)	0.1 (0.0, 0.3)
	Nonsurgical ^c	50	11.2	19 (10, 37)	0.4 (0.2, 0.6)
	None	30	4.7	5 (1, 30)	1.0 (reference)
Other single site	Surgical	10	10.6	30 (12, 77)	0.3 (0.1, 0.7)
	Nonsurgical	48	7.8	13 (6, 31)	0.4 (0.2, 0.6)
	None	31	1.7	6 (1, 35)	1.0 (reference)
Multiple organs	Surgical	5	6.0	0	0.6 (0.2, 1.6)
	Nonsurgical	45	7.3	12 (5, 30)	0.3 (0.2, 0.5)
	None	25	3.1	0	1.0 (reference)

^a Adjusted for ECOG-PS at recurrence, symptoms at recurrence, administration of neoadjuvant chemotherapy or adjuvant radiation, and disease-free interval. ^b Treatment including surgical resection. ^c Treatment not including surgical resection.

CI = confidence interval; ECOG-PS = Eastern Cooperative Oncology Group performance status; MST = median post-recurrence survival time; RR = relative risk.

Sugimura H, Nichols FC et al. *Ann Thorac Surg* 2007; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr²¹

Επιβίωση μετά από Υποτροπή -5

- Παράγοντες που ↓ την Επιβίωση μετά από Υποτροπή Νόσου:
 - Προεγχειρητ Χ/Θ
 - Μτχ ΑκτΘ
 - Πτωχό Performance status
 - ↓ μεσοδιάστημα από Εκτομή μέχρι Υποτροπή
 - Ύπαρξη Συμπτωμάτων κατά την Υποτροπή
 - Συγκεκριμένες Εντοπίσεις Υποτροπών

Sugimura H, Nichols FC et al. *Ann Thorac Surg* 2007; 83:409-418

05.3.2010

www.icp-med.gr²²

Am. Coll. Chest Physicians' Evidence-Based Clinical Practice Guideline 2007

- Πλείστες Υποτροπές Νόσου Εξωθωρακικά
- Τοπ/Περιοχικές Υποτροπές ενδοθωρακικά:
 - **σπανίως** αντιμετωπίζονται **χειρουργικά**
 - Συχνότερα αντιμετωπίζονται με ΑΚΤΘ
 - Ανεξαρτήτως μορφής θεραπείας η **πρόγνωση** παραμένει **Πτωχή**.

Follow-up and Surveillance of the Lung Cancer Patient Following Curative Intent Therapy* ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guideline (2nd Edition). Rubins J, Unger M, Colice GL. **Chest** 2007; 132:355S–367S

05.3.2010

www.icp-med.gr²³

Χειρ/κής Αντιμετώπισης Τύποι:

- **ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡ/ΚΗ:**
 - **Επαν-εκτομές:**
 - Completion Pneumonectomy
 - Λοβεκτομή, ανατομική Τμηματεκτομή
 - Σφηνοειδής Εκτομή
 - Ενδοβρογχικές Παρηγορικές:
 - Stent
 - LASER κλπ
 - Radiosurgery, Radioknife, gammaknife
- **ΑΛΛΕΣ ΧΕΙΡ/ΚΕΣ:**
 - NPX εκτομή Εγκεφαλικής Μετάστασης
 - Στερεοτακτική Radiosurgery
 - Επινεφριδεκτομή κλπ

05.3.2010

www.icp-med.gr²⁴

Εγχειρητική Πρόκληση / Challenge

- Εκτομές **μετά** από αντίστοιχη **πνευμονεκτομή**
- Εκτομές στο **σύστοιχο** ημιθωράκιο με **μτχ. συμφύσεις** στα μείζονα αγγεία της **πύλης**
- Γενικότερη **Ευρωστία** ασθενούς (*Fitness for pulmonary re-resection*)
- **Αναπνευστικές** εφεδρείες ασθενούς
- Βαθμός ήδη εγκατεστημένης **Πνευμονικής Υπέρτασης** μετά από την 1^η Εκτομή του α/παθούς Όγκου

05.3.2010

www.icp-med.gr²⁵



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™

Non-Small Cell Lung Cancer

V.2.2010

[Continue](#)

www.nccn.org

NCCN[®] Practice Guidelines in Oncology – v.2.2010 Non-Small Cell Lung Cancer

[Guidelines Index](#)
[NSCL Table of Contents](#)
[Staging Discussion](#)
[References](#)

SURVEILLANCE

NED, stages I-IV:Y
 • History & physical and contrast-enhanced chest CT every 4-6 mo for 2 (category 2B), then H&A and a non-contrast-enhanced chest CT annually (category 2B)
 • Smoking cessation counseling
 • PET or brain MRI is not indicated for routine follow-up

Locoregional recurrence

- Endobronchial obstruction → • Laser/stent/other surgery
• Brachytherapy
• External-beam RT
• Photodynamic therapy
- Resectable recurrence → • Reresection
• External-beam RT
- Mediastinal lymph node recurrence → Concurrent chemoradiation (if RT not previously given)
- Superior vena cava (SVC) obstruction → • External-beam RT
• Stent
- Severe hemoptysis → • External-beam RT
• Brachytherapy
• Laser
• Photodynamic therapy
• Embolization
• Surgery

Distant metastases

- Localized symptoms → Palliative external-beam RT
- Diffuse brain metastases → Palliative external-beam RT
- Bone metastasis → • Palliative external-beam RT + orthopedic stabilization, if risk of fracture
• Consider bisphosphonate therapy
- Solitary metastasis → See pathway for Stage IV M1b, solitary site (NSCL-11)
- Disseminated metastases → See Systemic Therapy (NSCL-13)

THERAPY FOR RECURRENCE AND METASTASIS

- No evidence of disseminated disease → Observation or Systemic chemotherapy (category 2B)
- Evidence of disseminated disease → See Systemic therapy and best supportive care (NSCL-13)

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
 Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Version 2.2010, 12/15/09 © 2009 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. These guidelines and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

NSCL-12

05.3.2010

www.icp-med.gr²⁷

Τοπ / Περιοχ. Υποτροπή - NCCN

Locoregional recurrence

- Endobronchial obstruction → • Laser/stent/other surgery
• Brachytherapy
• External-beam RT
• Photodynamic therapy
- Resectable recurrence → • Reresection
• External-beam RT
- Mediastinal lymph node recurrence → Concurrent chemoradiation (if RT not previously given)
- Superior vena cava (SVC) obstruction → • External-beam RT
• Stent
- Severe hemoptysis → • External-beam RT
• Brachytherapy
• Laser
• Photodynamic therapy
• Embolization
• Surgery

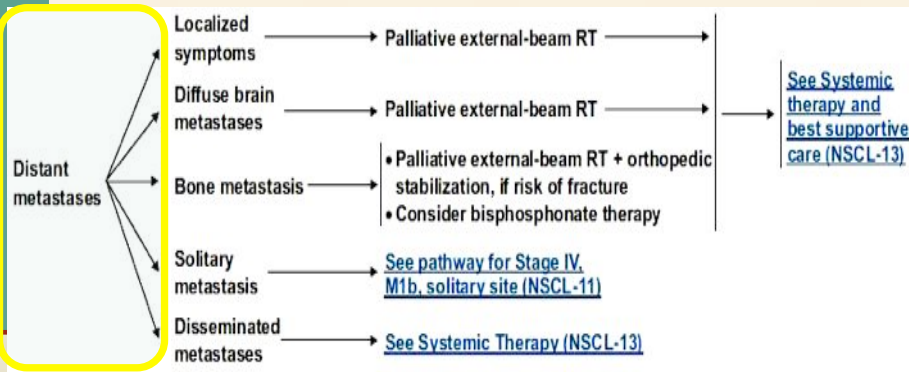
THERAPY FOR RECURRENCE AND METASTASIS

- No evidence of disseminated disease → Observation or Systemic chemotherapy (category 2B)
- Evidence of disseminated disease → See Systemic therapy and best supportive care (NSCL-13)

05.3.2010

www.icp-med.gr²⁸

Μετάσταση - NCCN



05.3.2010

www.icp-med.gr²⁹

NCCN® Practice Guidelines in Oncology – v.2.2010

Non-Small Cell Lung Cancer

[Guidelines Index](#)
[NSCL Table of Contents](#)
[Staging, Discussion, References](#)

THERAPY FOR RECURRENCE AND METASTASIS

Systemic therapy^w and best supportive care

Performance status 0-1^x → FIRST-LINE THERAPY
 (Chemotherapy^w (category 1) →
 or Bevacizumab + chemotherapy^{w,y,z} (if criteria met)^{aa}
 or Cisplatin/pemetrexed^{bb} (category 1) (if criteria met)^{cc}
 or Cetuximab/vinorelbine/cisplatin^{dd} (category 2B)
 or Erlotinib for EGFR mutation positive patients^{ee} → See NSCL-14
 or Cetuximab/vinorelbine/cisplatin^{dd,ff} (category 2B)
 or Chemotherapy^w
 or Erlotinib for EGFR mutation positive patients^{ee}
 or Erlotinib for EGFR mutation positive patients^{gg}
 or Best supportive care only (See NCCN Palliative Care Guidelines)

Performance status 2 →
 or Chemotherapy^w
 or Erlotinib for EGFR mutation positive patients^{ee}
 or Erlotinib for EGFR mutation positive patients^{gg}
 or Best supportive care only (See NCCN Palliative Care Guidelines)

Performance status 3-4 → Best supportive care only (See NCCN Palliative Care Guidelines)

*See Systemic Therapy for Advanced or Metastatic Disease (NSCL-13)
^xPerformance status (PS) 2 patients have greater toxicity and potential for lower benefit than PS 0-1 patients.
^yAny regimen with a high risk of thrombocytopenia and the potential risk of bleeding should be used with caution in combination with bevacizumab.
^zBevacizumab should be given until progression.
^{aa}Criteria for treatment with bevacizumab + chemotherapy: non-squamous NSCLC, and no history of hemoptysis. Bevacizumab should not be given as a single agent, unless as maintenance if initially used with chemotherapy.
^{bb}Pemetrexed is not recommended for squamous histology.
^{cc}There is evidence of superior efficacy and reduced toxicity for cisplatin/pemetrexed in patients who do not have squamous histology, in comparison to cisplatin/gemcitabine. Scagliotti GV, Parikh P, von Pawel J, et al. Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus pemetrexed in chemotherapy-naïve patients with advanced-stage NSCLC. J Clin Oncol 2008;26:3543-3551.
^{dd}Pirker R, Pereira JR, Szczesna A, et al. Cetuximab plus chemotherapy in patients with advanced non-small-cell lung cancer (FLEX): an open label randomised phase III trial. Lancet 2009;373:1525-1531.
^{ee}Mok TS, Wu YL, Thongprasert S, et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. N Engl J Med 2009;361:947-57.
^{ff}Full-dose cisplatin for PS 2 patients should be given selectively.
^{gg}Inoue A, Kobayashi K, Usui K, et al. First-line gefitinib for patients with advanced non-small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations without indication for chemotherapy. J Clin Oncol 2009;27:1394-1400.

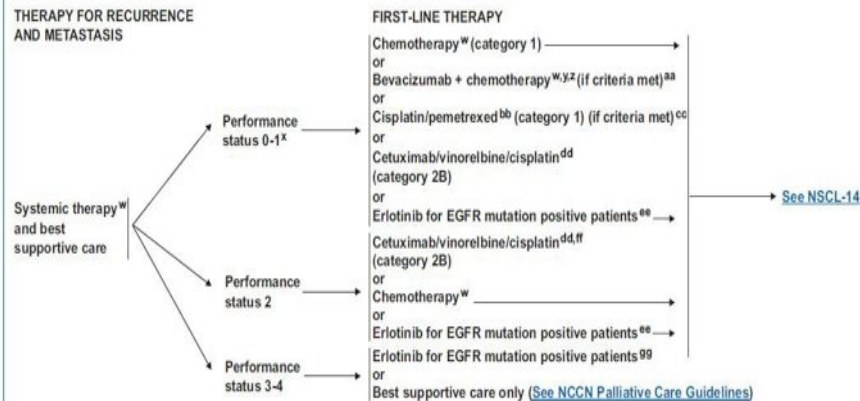
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
 Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Version 2.2010, 12/15/09 © 2009 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. These guidelines and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN. NSCL-13

05.3.2010

www.icp-med.gr³⁰

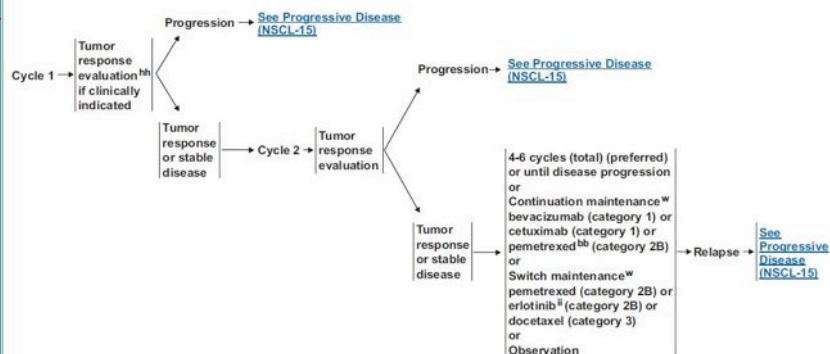
THERAPY FOR RECURRENCE
AND METASTASIS



05.3.2010

www.icp-med.gr³¹

THERAPY FOR RECURRENCE AND METASTASIS



^wSee Systemic Therapy for Advanced or Metastatic Disease (NSCL-F).

^{bb}Pemetrexed is not recommended for squamous histology.

^{hh}Some institutions advocate imaging (CT) studies to evaluate tumor progression after the first course.

ⁱCappuzzo F, et al. Efficacy and safety of erlotinib as first-line maintenance in NSCLC following non-progression with chemotherapy: results from the phase III SATURN Study. 13th World Conference on Lung Cancer 2009; Abstract A2.1

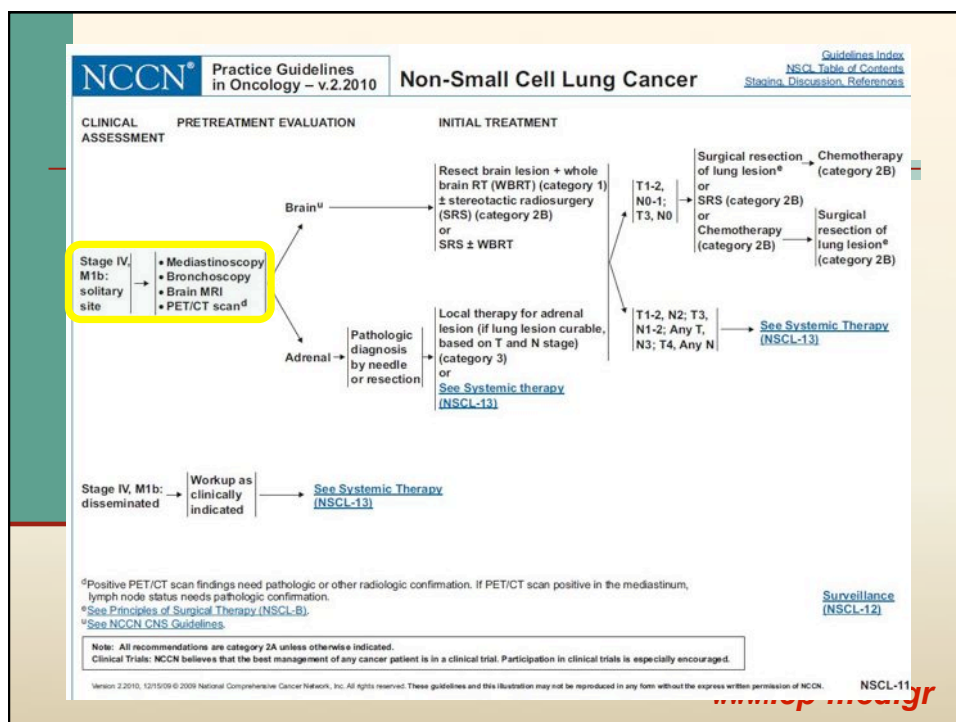
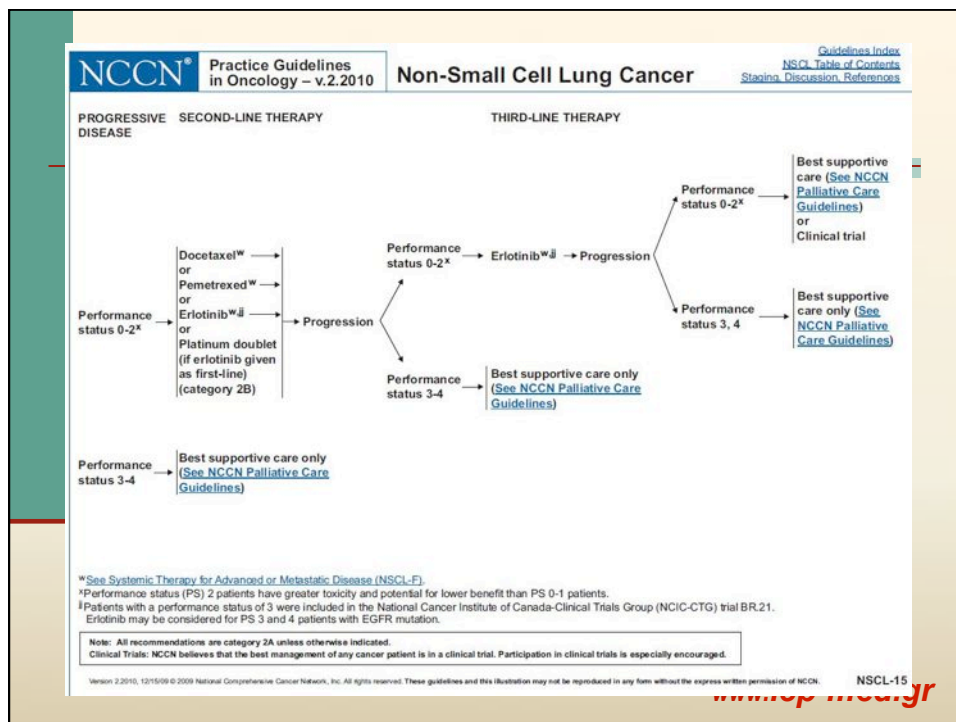
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

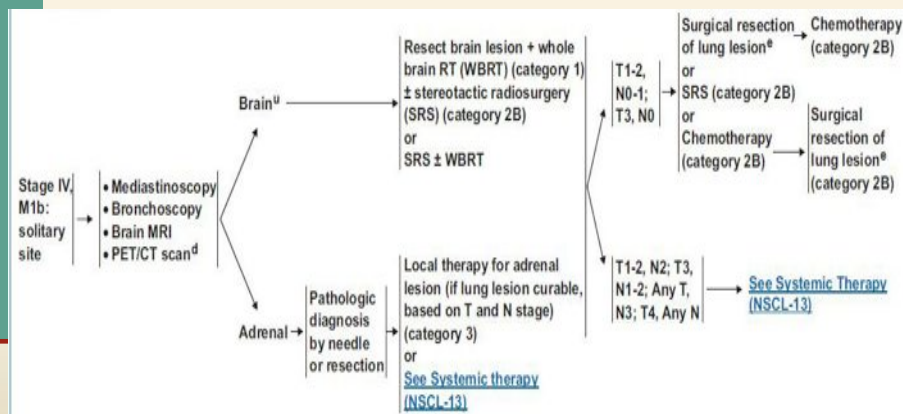
Version 2.2010, 12/15/09 © 2009 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved. These guidelines and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

NSCL-14

www.icp-med.gr



Μονήρης Μετάσταση



05.3.2010

www.icp-med.gr³⁵

National Cancer Institute Guidelines

Treatment options:

1. Palliative radiation therapy.[33]
2. Chemotherapy alone.

For patients who have received platinum chemotherapy previously:

- Docetaxel.[14,17]
- Pemetrexed.[17]
- Erlotinib after failure of both platinum-based and docetaxel chemotherapies.[34]

3. Surgical resection of isolated cerebral metastasis (highly selected patients).[6]
4. Laser therapy or interstitial radiation therapy for endobronchial lesions.[35]
5. Stereotactic radiosurgery (highly selected patients).[3,5]

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/non-small-c...> 5/3/2010

05.3.2010

www.icp-med.gr³⁶

SCLC – Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

- Αποδεκτή Ένδειξη για χειρ/κή θεραπεία έχουν περίπου < 5% των αρχικά διαγνωσόμενων περιπτώσεων ασθενών με SCLC
- Επί **μτχ Υποτροπής Νόσου**:
 - αυτή θεωρείται ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ Νόσος
 - Ενδείκνυται:
 - Χ/Θ
 - ή εισαγωγή ασθενούς σε πρωτόκολο κλινικής μελέτης ±
 - παρηγορική αντιμετώπιση συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένης και τοπικής ΑκτΘ)

[NCCN Practice Guidelines in Oncology v.1.2010]

05.3.2010

www.icp-med.gr³⁷

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η πρόγνωση είναι **Πτωχή** μετά από **τοπική** Υποτροπή και **ακόμη Πτωχότερη** μετά από **Μετακρυσμένη** Υποτροπή Νόσου
- Αναμενόμενο **Όφελος** (Παράταση Ζωής & βελτίωση Ποιότητας αυτής) **σε σύγκριση με Κινδύνους** Αντιμετώπισης & **Ταλαιπωρία** ασθενούς
- Οι υπάρχουσες Κατευθυντήριες Γραμμές **βοηθούν** στην εξατομικευμένη και αιτιολογημένη λήψη Υπεύθυνης Απόφασης για Αντιμετώπιση μτχ/κής Υποτροπής

29.5.08

www.icp-med.gr³⁸

Ευχαριστίες

