

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ:
Χ. ΖΗΣΗΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ: Μ. ΚΑΝΑΚΗΣ, Α. ΚΡΑΣΑΣ, Δ.
ΛΙΟΥΜΠΑΣ, Ν. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Φ. Π. ΡΟΡΡΗΣ,
Τ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΗΣ, Ν. ΣΤΑΝΙΤΣΑ, Π. ΤΣΙΠΑΣ



ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΕΧΘΚΑ

Αξιότιμοι συνάδελφοι μέλη της ΕΕΧΘΚΑ και αγαπητοί φίλοι,

Με αυτή την πρώτη επιστολή θέλω να κρατήσω ακόμη ζεστή την επαφή μας σε συνέχεια του πολύ επιτυχημένου συνεδρίου που οργανώθηκε και φέτος από την Εταιρεία μας. Έκλεισε με τον καλύτερο τρόπο μια πολύ επιτυχημένη και δημιουργική διετία με την προεδρεία του κ. Κοσμά Ηλιάδη και του πολύ εργατικού ΔΣ που τον πλαισίωσε.

Το νέο ΔΣ καλείται τώρα να συνεχίσει το έργο της Εταιρείας σε όλες τις επιστημονικές, επαγγελματικές και θεσμικές προκλήσεις. Ήδη από την πρώτη συνεδρίαση συμπληρώθηκαν οι λίγες θέσεις των οργάνων που είχαν απομείνει κενές μετά από τις εκλογές και πλέον όλες οι συνθέσεις αναγράφονται στο τρέχον Newsletter. Καλούνται όλα τα όργανα αυτά να συσχεφθούν και να αναλάβουν τις δραστηριότητες που τους αναλογούν όπως είναι η σύνταξη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των διάφορων ομάδων εργασίας, η διοργάνωση ημερίδων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων, η σύνταξη προτάσεων για βελτίωση των θέσεων της Εταιρείας σε θέματα κατοχύρωσης ιατρικών πράξεων, η ομαδοποίηση των ιατρικών πράξεων που μας αφορούν και χρειάζονται ΚΕΝ κλπ.

Προτεραιότητα στις επιδιώξεις μας έχει δοθεί στις εξειδικεύσεις καθώς και στην πιστοποίηση των Χειρουργών Θώρακος-Καρδιάς για την πραγματοποίηση ΤΑΒΙ. Το log-book της ειδικότητας μας είναι αναρτημένο στο moh.gov.gr καθώς και το ΦΕΚ της ειδικότητας στο SITE μας και στη nomotelia.gr.

Μετά από επαφές με την EACTS έχουμε πλέον πρόσβαση στη βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας (Adult Cardiac Data Base) και μπορούμε και εμείς να αναρτήσουμε τις καρδιοχειρουργικές πράξεις του κάθε κέντρου. Η συλλογή των δεδομένων, ο έλεγχος και η ανάρτησή τους γίνονται με ευθύνη της Εταιρείας μας και υπεύθυνος για την εργασία αυτή έχει οριστεί ο κ. Νικόλαος Σχίζας. Πρέπει όμως να οριστεί και ένα δίκτυο εκπροσώπων σε κάθε γεωγραφική περιοχή για την καλύτερη δυνατή συλλογή δεδομένων. Πάνω σε αυτό θα επανέλθουμε σε επόμενη επαφή μας.

Οι συμβουλευτικές επιτροπές του ΚΕΣΥ εργάζονται εντατικά για την προώθηση των αιτημάτων μας και πετυχαίνουν τους στόχους τους άλλοτε εύκολα και άλλοτε δύσκολα. Σε αυτές τις διαδικασίες σημασία έχει η υπομονή και η επιμονή.

Τα επιστημονικά μας ραντεβού για το έτος 2025 είναι πολλά:

- 1) Ομάδες Εργασίας ΕΚΕ 6-8 Φεβρουαρίου, Αθήνα
- 2) ESCVS congress 15-17 Μαΐου, Αθήνα.
- 3) EAB Society Meeting τον Μάιο στην Τυνησία.
- 4) Συμπόσιο Ομάδων Εργασίας της Εταιρείας μας 19-21 Ιουνίου, Αλεξανδρούπολη. Ένα συμπόσιο που δεν πρέπει να χάσει κανείς μας! Όλοι μας έχουμε υπέροχες αναμνήσεις από τις προηγούμενες επισκέψεις μας στην Αλεξανδρούπολη και περιμένουμε με ανυπομονησία να ξαναβρεθούμε εκεί.
- 5) Βήματα καρδιάς-ανάσες ζωής στη Λάρισα τον Οκτώβριο 2025.

Η Εταιρεία μας μετά από επιτυχημένη θητεία 5 ετών αποχαιρετά την κ. Λίνα Χουρδάκη από τη θέση της γραμματέως την οποία υπηρέτησε πάρα πολύ επιτυχημένα και της εύχεται καλή επιτυχία στις επόμενες επαγγελματικές επιλογές της, όπως και κάθε προσωπική επιτυχία. Την ευχαριστούμε θερμά για όσα μας πρόσφερε όλα αυτά τα χρόνια.

Τη θέση της κατέλαβε μετά από συνεντεύξεις ο κ. Θεόδωρος Ντάνος στον οποίο ευχόμαστε καλή επιτυχία στο νέο έργο του και να μείνει πολλά-πολλά χρόνια κοντά μας.

Πολλά ακόμα μπορούν να ειπωθούν αλλά πρέπει να κλείσει αυτή επιστολή σύντομα και να δώσει χώρο για την ανάπτυξη και άλλων θεμάτων στον κ. Χαράλαμπο Ζήση που είναι ο νέος εισερχόμενος πρόεδρος και συντάκτης του Newsletter για τα επόμενα δύο χρόνια. Καλωσορίζουμε επιπλέον τον κ. Κοσμά Τσακιρίδη ως ειδικό γραμματέα και τα άλλα δύο μέλη του ΔΣ τους κκ Τίμο Σακελλαρίδη και Σωκράτη Τσαγκαρόπουλο και τέλος την κ. Νικολέτα Στανίτσα που είναι η εκπρόσωπος των ειδικευομένων στο ΔΣ. Πολλά πράγματα αλλάζουν στην ειδικότητά μας από τον τρόπο που χειρουργούμε, τις υπηρεσίες που προσφέρουμε στους ασθενείς μας και τη θέση που έχουμε στην Ιατρική κοινότητα. Αυτό που πρέπει να θυμόμαστε όλοι είναι ότι σε αυτή την ειδικότητα της Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς είναι ότι «δεν περισσεύει κανείς». Είμαστε λίγοι και όλοι απαραίτητοι.

Με αυτές τις σκέψεις εύχομαι σε όλους καλές γιορτές και να έχουμε ένα όμορφο και δημιουργικό έτος 2025.

Παναγιώτης Δεδεηλίας

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΚΔΟΣΗΣ

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Ως υπεύθυνος σύνταξης του newsletter της Εταιρείας, έχω την πρόθεση, στα 2 έτη που θα ακολουθήσουν, να καθιερωθεί αυτό ως βήμα έκφρασης όλων των συναδέλφων – και ειδικά των νέων. Έχουν ωριμάσει οι συνθήκες να υπάρξει παράδοση σκυτάλης στην επόμενη γενιά μελών, που καλούνται να δραστηριοποιηθούν περισσότερο στο επιστημονικό πεδίο του αντικειμένου μας κομίζοντας την ανάλογη φρεσκάδα καινοτομίας και γνώσης.

Το forum είναι ανοιχτό σε όλα τα μέλη. Φιλοδοξία μου είναι να φιλοξενεί στις σελίδες του οποιαδήποτε ανησυχία, προβληματισμό ή σκέψη χωρίς αποκλεισμούς και στεγανά. Νέα συνεδρίων και καινούρια δεδομένα χρειάζεται να καταλαμβάνουν προέχουσα θέση, αλλά ο διάλογος παραμένει το βασικό ζητούμενο, ώστε να λειτουργεί ως δεξαμενή ιδεών.

Ας αξιοποιήσουμε τις όποιες δυνατότητες για να προχωρήσουμε την Εταιρεία δυναμικά στο μέλλον με τόλμη και πρωτοτυπία.

Η συμβολή όλων δεν είναι απλώς ευπρόσδεκτη, αλλά πρωτίστως καθοριστικά αναγκαία

Χαράλαμπος Ζήσης

ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΕΕΧΘΚΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αρχαιρεσιών της 23^{ης} Νοεμβρίου 2024, το νέο Δ.Σ. συγκροτήθηκε σε σώμα και τα μέλη του αναδείχθηκαν στις προβλεπόμενες θέσεις ως εξής:

Πρόεδρος: Δεδεηλίας Παναγιώτης
Αντιπρόεδρος: Ζήσης Χαράλαμπος
Γεν. Γραμματέας: Κόλλιας Βασίλειος
Ειδ. Γραμματέας: Τσακιρίδης Κοσμάς
Ταμίας: Ανδρουτσοπούλου Βασιλική
Σύμβουλοι: Σακελλαρίδης Τιμόθεος, Τσαγκαρόπουλος Σωκράτης
Αναπληρωματικά μέλη: Καλλικούρδης Αντώνιος, Κατσαβριάς Κωνσταντίνος
Εκπρόσωπος Δόκιμων Μελών στο Δ.Σ.: Στανίτσα Νικολέττα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αρχαιρεσιών της 23^{ης} Νοεμβρίου 2024, τα λοιπά όργανα της Εταιρείας στελεχώθηκαν ως εξής:

Επαγγελματικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Φορούλης Χριστόφορος
Αντιπρόεδρος: Αθανασιάδης Γεώργιος
Γραμματέας: Ρουμπελάκης Απόστολος
Μέλη: Σακελλαρίδης Τιμόθεος (ex officio), Τσαγκαρόπουλος Σωκράτης (ex officio)

Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας

Πρόεδρος: Ηλιόπουλος Δημήτριος
Αντιπρόεδρος: Αθανασιάδη Καλλιόπη
Γραμματέας: Τσακιρίδης Κοσμάς (ex officio, χωρίς δικαίωμα ψήφου)
Τακτικά Μέλη (3): Δεσιμόνας Νικόλαος, Δουγένης Δημήτριος, Πράπας Σωτήριος

Εξελεγκτική Επιτροπή

Πρόεδρος: Γακίδης Ιωάννης
Τακτικά Μέλη: Λιακοπούλου Αλεξάνδρα, Τόμος Περικλής
Αναπληρωματικά Μέλη (2): Μπαρμπετάκης Νικόλαος, Χλαπουτάκης Σεραφείμ

Επιτροπή Κρίσης Υποψήφιων Μελών

Πρόεδρος: Ζήσης Χαράλαμπος (ex officio)
Γραμματέας: Τσακιρίδης Κοσμάς (ex officio)
Μέλος: Σακελλαρίδης Τιμόθεος (ex officio)

Επιτροπή Εκπαίδευσης:

Συντονιστής: Δεδεηλίας Παναγιώτης (ex officio)
Γραμματέας: Πάτρης Βασίλειος (ex officio)
Στανίτσα Νικολέττα (ex officio)
Μέλη: Λαζόπουλος Γεώργιος, Κεφαλογιάννης Εμμανουήλ, Καραϊσκος Θεόδωρος, Τζατζαδάκης Νικόλαος

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αρχαιρεσιών της 23^{ης} Νοεμβρίου 2024, οι πυρήνες διοίκησης των Ομάδων Εργασίας στελεχώθηκαν ως εξής:

Ομάδα Εργασίας Εκπαίδευσης

Πρόεδρος: Πάτρης Βασίλειος
Αντιπρόεδρος: Καπετανάκης Εμμανουήλ
Γραμματέας: Γερωντίτης Ζήσης

Ομάδα Εργασίας Χειρουργικής Θώρακος

Πρόεδρος: Κωστοπαναγιώτου Κωνσταντίνος
Αντιπρόεδρος: Σωτηρόπουλος Γεώργιος
Γραμματέας: Φορούλης Χριστόφορος

Ομάδα Εργασίας Καρδιοχειρουργικής Ενηλίκων

Πρόεδρος: Σαμιώτης Ηλίας
Αντιπρόεδρος: Ντόντος Γεώργιος
Γραμματέας: Πίτσης Αντώνιος

Ομάδα Εργασίας Παιδοκαρδιοχειρουργικής

Πρόεδρος: Σαρρής Γεώργιος
Αντιπρόεδρος: Καλλικούρδης Αντώνιος
Γραμματέας: Πρωτόπαπας Ελευθέριος

Ομάδα Εργασίας Νέων Τεχνολογιών

Πρόεδρος: Τσαγκαρόπουλος Σωκράτης
Αντιπρόεδρος: Σχίζας Νικόλαος
Γραμματέας: Τριανταφυλλοπούλου Κωνσταντίνα

Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εξωσωματικής Κυκλοφορίας

Πρόεδρος: Ράμμου Αθηνά
Αντιπρόεδρος: Μόσχοβος Θεόδωρος
Γραμματέας: Παναγιωτίδης Γεώργιος
Μέλος: Αντωνίτσης Πολυχρόνης

Χυλοθώρακας μετά από παιδοκαρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Φίλιππος-Πασχάλης Ρόρρης, Μελέτιος Κανάκης

Καρδιοχειρουργικό τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Η παρατεταμένη παραμονή των σωλήνων θωρακικής παροχέτευσης λόγω εμμένουσας παροχής πλευριτικού υγρού ή χυλοθώρακα είναι μία μείζονα επιπλοκή μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις σε παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες. Η επίπτωση αυτής της επιπλοκής στη διεθνή βιβλιογραφία εκτιμάται από 1.3% ως 9.2%. Ο χυλοθώρακας σχετίζεται με παρατεταμένη νοσηλεία στο νοσοκομείο, αυξημένη νοσηρότητα, και πιθανώς αυξημένη θνητότητα.

Μία πρόσφατα δημοσιευμένη εργασία με προοπτική καταγραφή δεδομένων από συνολικά 5 καρδιοχειρουργικά κέντρα του Ηνωμένου Βασιλείου από το 2015 έως το 2017 προέρχεται από τους Dorobantu *et al*, στο European Journal of Cardiothoracic Surgery, και εξετάζει 1) την επίπτωση του χυλοθώρακα μετά από παιδοκαρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, 2) παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν αυτή την επιπλοκή, και 3) τη σχέση του με άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Συνολικά εντάχθηκαν στη μελέτη 3090 επεμβάσεις σε 2861 παιδιατρικούς ασθενείς (μέση ηλικία 228 ημέρες). Υπήρξαν 202 περιστατικά χυλοθώρακα (6.5%) τα οποία συνέβησαν την 6^η μετεγχειρητική ημέρα (μέση τιμή).

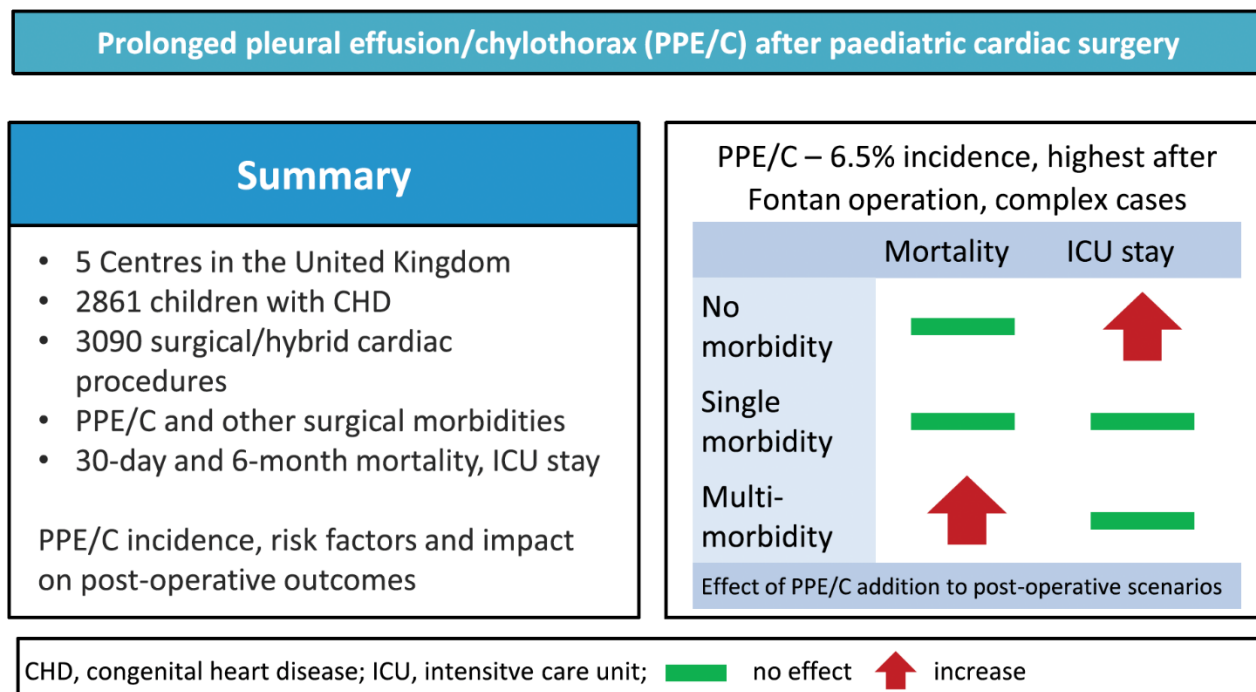
Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η εμφάνιση χυλοθώρακα μετεγχειρητικά δεν σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα παρά μόνο όταν αυτή σχετίζεται με >2 επιπλέον μετεγχειρητικές επιπλοκές. Όπως αναμενόταν, τα παιδιά που εμφάνισαν μετεγχειρητικά χυλοθώρακα είχαν σημαντικά περισσότερες ημέρες παραμονής νοσηλείας από αυτά που δεν εμφάνισαν την προαναφερθείσα επιπλοκή. Επιπροσθέτως, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η επέμβαση Fontan είχε τη μεγαλύτερη επίπτωση αυτής της επιπλοκής, κάτι το οποίο συμβαδίζει και με τη διεθνή βιβλιογραφία. Έδειξαν επίσης ότι ο χυλοθώρακας μπορεί να εμφανιστεί μετά από οποιαδήποτε παιδοκαρδιοχειρουργική επέμβαση και όχι μόνο μετά από επεμβάσεις μονήρους κοιλίας ή άλλες που προκαλούν αυξημένες πιέσεις στο συστηματικό φλεβικό δίκτυο, κάτι το οποίο συνηγορεί υπέρ της πολυπαραγοντικής φύσης της επιπλοκής αυτής.

Η εργασία αυτή μας φέρνει πολλά δεδομένα για μία γνωστή επιπλοκή της παιδοκαρδιοχειρουργικής, την οποία συναντάμε στην καθημερινή μας κλινική πράξη. Η πραγματική επίπτωση φαίνεται ότι είναι γύρω στο 6.5%, και μπορεί να εμφανιστεί μετά από οποιαδήποτε καρδιοχειρουργική επέμβαση. Τέλος, ο χυλοθώρακας ως μεμονωμένη μετεγχειρητική επιπλοκή σχετίζεται με παρατεταμένη νοσηλεία στο νοσοκομείο, αλλά όχι με αυξημένη θνητότητα.

Βιβλιογραφία

1. Dorobantu DM, Davis P, Brown K, Ridout D, Wellman P, Cassidy J et al. Risk factors and early outcomes associated with prolonged pleural effusion/chylothorax after paediatric cardiac surgery. Eur J Cardiothorac Surg 2024; doi:10.1093/ejcts/ezae363.

Εικόνες



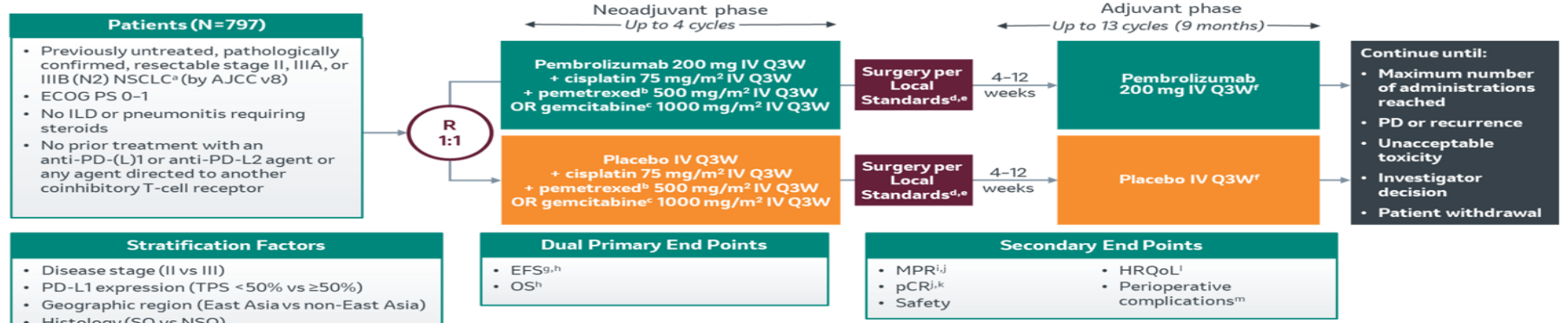
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ KEYNOTE-671

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Δημήτρης Λιούμπας, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά 'Άγιος Παντελεήμων'

Πριν λίγους μήνες και συγκεκριμένα τον Μάρτιο του 2024, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων ακολουθούμενος από το Αμερικανικό FDA, ενέκρινε την χρήση του pembrolizumab (Keytruda) σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, ως περιεγχειρητική θεραπεία σε ασθενείς με εξαιρετικό μη μικροκύτταρο καρκίνο του πνεύμονα, βάσει των αποτελεσμάτων της κλινικής μελέτης Keynote 671.

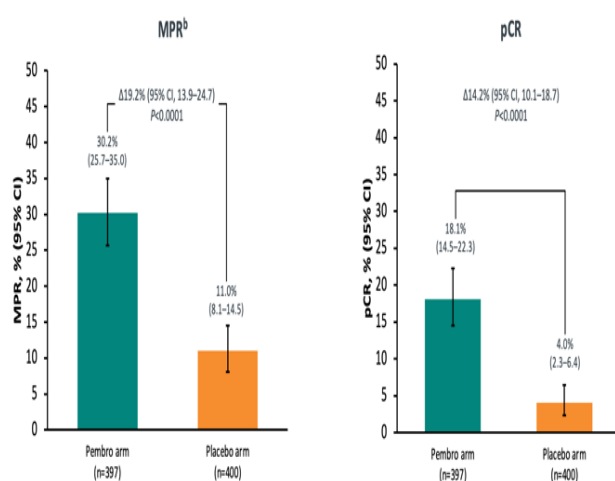
Η KEYNOTE-671 είναι μια πολυκεντρική μελέτη φάσης III στην οποία συμμετείχαν 189 κέντρα, αφορούσε ασθενείς με χειρουργικά εξαιρετικό MMKP σταδίου II, IIIA ή IIIB (N2) που κατανεμήθηκαν τυχαία (1:1) σε τέσσερις κύκλους εισαγωγικής χημειοανοσοθεραπείας [Pembrolizumab + platinum-doublet chemotherapy] χορηγούμενη κάθε 3 εβδομάδες για 4 κύκλους, ακολουθούμενη από χειρουργική εκτομή και 13 κύκλους επικουρικής ανοσοθεραπείας. Αποτελεί την τρίτη ολοκληρωμένη μελέτη μετά την Aegean¹ και την CheckMate 77T, στην οποία γίνεται χορήγηση ανοσοθεραπείας περιεγχειρητικά, δηλαδή προ και μετά του χειρουργείου, ακολουθούμενη με την προσθήκη ενός ICI (Immune Checkpoint Inhibitor) ως μονοθεραπεία μετεγχειρητικά.

KEYNOTE-671 Study Design^{2,11}

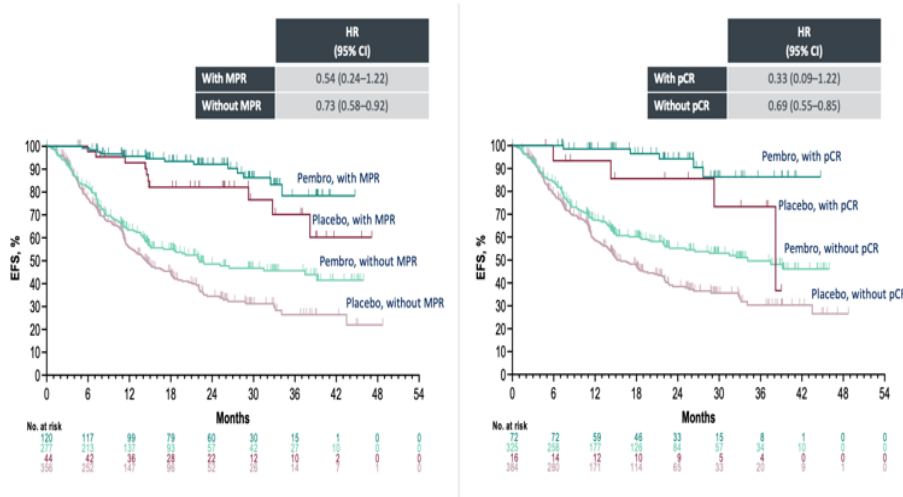
^aPET scan may be used as a surrogate for pathologic staging of N1 lymph nodes for subjects with T2b and T4 tumors. ^bPermitted for NSQ disease only. ^cAdministered days 1 and 8 of cycle; SQ histology. ^dIf the patient did not have surgery due to refusal, physician decision, medical illness, or any reason other than local progression or metastatic disease, the patient should receive radiation therapy then continue to the adjuvant phase. ^ePerformed ≤20 weeks after first neoadjuvant dose (4-8 weeks after last dose if <4 neoadjuvant cycles). ^fPostoperative radiation therapy may be administered if residual disease remains. ^gBy biopsy assessed by local pathologist or by investigator-assessed imaging per RECIST v1.1. ^hUp to approximately 5 years. ⁱDefined as percentage of subjects having ≤10% viable tumor cells in the resected primary tumor and all resected lymph nodes following neoadjuvant therapy. ^jUp to approximately 7 weeks following completion of neoadjuvant treatment (study week 20). ^kDefined as the percentage of subjects having an absence of residual invasive cancer in resected lung specimens and lymph nodes following neoadjuvant therapy. ^lUsing EORTC QLQ-C30, baseline, and end of follow-up (up to approximately 5 years). ^mUp to approximately 51 weeks following surgery.

Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στο φετινό συνέδριο της ESMO, μαζί με μια ταυτόχρονη δημοσίευση το Σεπτέμβριο του 2024 στο περιοδικό Lancet² από τους J. Spicer and al. Η μελέτη ανέδειξε σημαντικό όφελός στην επιβίωση χωρίς συμβάματα (EFS, Events Free Survival), στην πλήρη παθολογοανατομική ανταπόκριση του όγκου - 18.1% vs. 4% (pCR, pathological Complete Response – i.e. no viable tumor) και στη μερική 30.2% vs. 11% (MPR, Major Pathological Response, i.e. <10% viable tumor) σε σύγκριση με την εισαγωγική χημειοθεραπεία μόνο. Συγκεκριμένα, στο χρονικό σημείο ορόσημο των 24 μηνών, οι ασθενείς στην ομάδα του pembrolizumab εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (P<0,001) επιβίωσης χωρίς συμβάματα (EFS), με 62,4% των ασθενών να παραμένουν ελεύθεροι υποτροπής νόσου σε σύγκριση με 40,6% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν το ευνοϊκό EFS που παρατηρήθηκε με την προσθήκη pembrolizumab και είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα των περισσότερων δοκιμών, όπως της CheckMate-816, IMpower010 και KEYNOTE-091 που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα των ICIs στη μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου μετά το χειρουργείο.

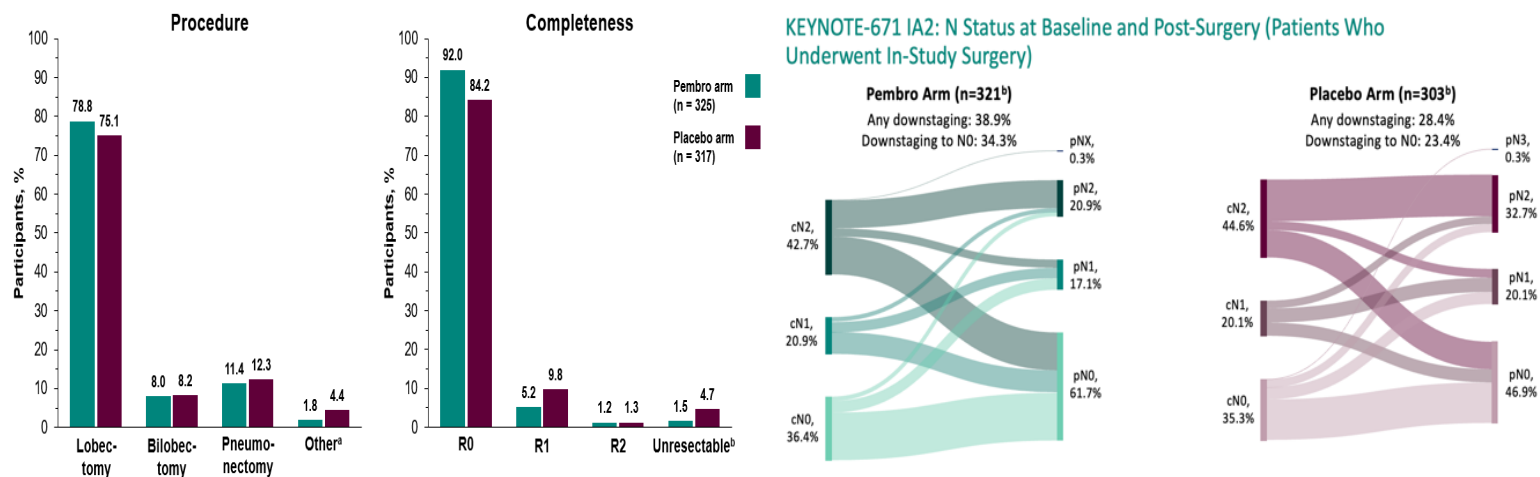
KEYNOTE-671 IA1: Pathological Response (ITT Population)



KEYNOTE-671 IA1: EFS by MPR and pCR (Exploratory Analysis)



Ενδιαφέρον παρουσιάζουν ωστόσο και τα χειρουργικά αποτελέσματα της μελέτης, καθώς το 38.9% των ασθενών που έλαβε ICI προεγχειρητικά κατάφερε να υποσταδιοποιηθεί, ενώ οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή το 92,0% στην ομάδα του pembrolizumab έναντι του 84,2% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου είχαν πλήρη R0 εκτομή, ενώ το 5,2% και το 9,8%, αντίστοιχα, είχαν ατελή R1 εκτομή. Η πιο κοινή χειρουργική επέμβαση ήταν η λοβεκτομή. Δυστυχώς, στη δημοσίευση δε συμπεριλήφθηκαν δεδομένα σχετικά με τον τρόπο χειρουργικής προσπέλασης, δηλαδή τον αριθμό των ατόμων που υποβλήθηκαν σε εκτομή του όγκου με χρήση ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών (VATS – RATS) ή ανοιχτής χειρουργικής, πολλώ δε μάλλον στοιχεία διεγχειρητικών συμβάντων ή δυσκολιών που ώθησαν τους χειρουργούς σε μετατροπή του χειρουργείου (conversion rate). Οι συχνότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες (AE) των ασθενών που έλαβαν ανοσοθεραπεία έναντι του εικονικού φαρμάκου ήταν κυρίως διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου όπως, ο υποθυρεοειδισμός (11,1% έναντι 1,8%), ο υπερθυρεοειδισμός (5,6% και 3,3%) και η σοβαρή πνευμονίτιδα (5,6% και 1,8%). Υπογραμμίζεται πως η εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών οδήγησε σε διακοπή όλων των θεραπειών της μελέτης στο 12,6% των ασθενών που έλαβαν pembrolizumab και 5,3% στους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.



Η δοκιμή KN671 ανέδειξε σαφές όφελος σε διάφορες υποομάδες με εξαίρεση τους μη καπνιστές και τους ασθενείς με πτωχή έκφραση του PD-L1 <1%. Όσον αφορά τη συνολική επιβίωση (OS), το εκτιμώμενο OS στους 24 μήνες ήταν 80,9% στην ομάδα του pembrolizumab και 77,6% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (P=0,02) αποτέλεσμα το οποίο δεν πληρούσε το κριτήριο σημαντικότητας με βάση το προκαθορισμένο στατιστικό κατώφλι της μελέτης. Η τάση καλύτερης συνολικής επιβίωσης ασθενών έχει σημειωθεί σε πολλαπλές μελέτες εισαγωγικής ανοσοθεραπείας, αλλά καμία από αυτές δεν έφτασε σε σημαντικό στατιστικό σημείο, εύρημα το οποίο μπορεί να οφείλεται κατά πολλούς στη μικρή περίοδο παρακολούθησης (follow up) των ασθενών.

Η επίπτωση ανεπιθύμητων παρενεργειών (τοξικότητες βαθμού 3 και άνω) από την προσθήκη ανοσοθεραπείας στο θεραπευτικό αλγόριθμο ήταν σημαντικά αυξημένη στη μελέτη KN-671 σε σύγκριση με άλλες μελέτες νεοεπικουρικών ή επικουρικών θεραπειών, αγγίζοντας το ποσοστό 44.9 vs 37.3% στην ομάδα ελέγχου. Αξίζει να σημειωθεί, πως τα αντίστοιχα ποσοστά των ασθενών που παρουσίασαν τοξικότητες βαθμού 3 και άνω ήταν 35% vs 25% στη KEYNOTE-091, 22 % vs 13% στην IMpower010 και 33,5% vs 36,9% στη CheckMate-816. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί, ότι τέτοιες άμεσες συγκρίσεις μεταξύ των δοκιμών μπορεί να μη θεωρούνται απολύτως δίκαιες λόγω της σημαντικής απόκλισης στα χαρακτηριστικά των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν, ωστόσο το αντικειμενικά υψηλό ποσοστό τοξικότητας που παρατηρήθηκε στη μελέτη KN671 υποδηλώνει αναμφίβολα μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της εντάσεως των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που εφαρμόστηκαν και της πιθανότητας εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτή η παρατήρηση υπογραμμίζει και τη σαφή ανάγκη ύπαρξης μιας προκαθορισμένης ισορροπίας μεταξύ της κλινικής αποτελεσματικότητας των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων και της τοξικότητας τους κατά τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Η δημιουργία των νέων περιεχειρητικών πρωτοκόλλων που βασίζονται στην προσθήκη ICIs στον θεραπευτικό αλγόριθμο, αναμφίβολα έχει μεταμορφώσει τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε ως χειρουργοί τους ασθενείς μας. Ωστόσο, παρά τη σημαντική πρόοδο, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα, τα οποία εκτείνονται πέρα αυτών που συζητήθηκαν προηγουμένως. Για παράδειγμα, η βέλτιστη διάρκεια των νεοεπικουρικών και επικουρικών θεραπειών παραμένει ακόμα αβέβαιη. Οι περισσότερες μελέτες φάσης III χορηγούν στην πλειοψηφία τους επικουρικό σχήμα ανοσοθεραπείας για ένα έτος, αλλά μια πιο προσεκτική ανάγνωση των αποτελεσμάτων αναδεικνύει και ένα νέο βασικό πρόβλημα των δοκιμών αυτών, που αφορά στη συμμόρφωση των ασθενών στο θεραπευτικό σχήμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη μελέτη KN 671 μόνο το 73% των ασθενών έλαβε pembrolizumab και μόλις το 40% των εγγεγραμμένων ασθενών ολοκλήρωσε το πλήρες έτος θεραπείας, υποδηλώνοντας πως παράγοντες, όπως η κόπωση από τη θεραπεία (treatment fatigue) καθώς και η εμφάνιση καθυστερημένων παρενεργειών μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα της θεραπευτικής εξίσωσης. Μελέτες όπως η Nadim II, με συντομότερη διάρκεια επικουρικής iO θεραπείας (6 μήνες) θα μπορούσαν ενδεχομένως να προσφέρουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα αλλά με λιγότερες παρενέργειες³. Επιπροσθέτως, θα πρέπει οι αποφάσεις για συνέχιση ή διακοπή της επικουρικής θεραπείας με την προσθήκη ICIs, να βασίζονται στο ποσοστό ανταπόκρισης του όγκου (Tumor response) στο τέλος της εισαγωγικής θεραπείας - βάσει αποτελέσματος της παθολογοανατομικής έκθεσης- ή στο ποσοστό έκφρασης του PDL-1 και στο ποσοστό υποσταδιοποίησης των λεμφαδενικών σταθμών (Nodal response);

Οφείλουμε, ως επιστημονική κοινότητα, να βρούμε τρόπους με τους οποίους θα γίνουμε σύντομα πιο ευέλικτοι διαγνωστικά και σοφότεροι στις θεραπευτικές μας αποφάσεις. Οι συνεχιζόμενες εξελίξεις στο πεδίο των υγρών βιοδεικτών όπως το κυκλοφορούν DNA του όγκου (ctDNA) αποτελούν μια πολλά υποσχόμενη κατεύθυνση προς την ανεύρεση ασθενών που μπορούν δυνητικά να ωφεληθούν σημαντικά από την προσθήκη ICIs κατά την διάρκεια της επικουρικής θεραπείας⁴. Είναι χαρακτηριστικό, ότι στη μελέτη CheckMate-816, κανένας ασθενής δεν είχε πλήρη παθολογοανατομική ανταπόκριση (pCR) του όγκου εάν το κυκλοφορούν DNA παρέμενε θετικό μετά την ολοκλήρωση της εισαγωγικής θεραπείας και αντιστοίχως στη μελέτη NADIM, οι ασθενείς που πέτυχαν κάθαρση του ctDNA μετά το τέλος της εισαγωγικής θεραπείας παρουσίασαν αξιοσημείωτα υψηλό OS. Η μελλοντική ένταξη των βιοδεικτών στην καθημερινή κλινική μας πρακτική θα βοηθήσει αδιαμφισβήτητα στην καλύτερη διαστρωμάτωση υποομάδων ασθενών που θα μπορέσουν να αποκομίσουν μεγαλύτερο όφελος από την προσθήκη επικουρικής ανοσοθεραπείας στον θεραπευτικό μας αλγόριθμο, ελαχιστοποιώντας έτσι την τοξικότητα των φαρμάκων, την εμφάνιση σημαντικών παρενεργειών αλλά ταυτόχρονα επιφέροντας και σημαντική μείωση στην κάθε “περιττή” οικονομική επιβάρυνση που έχει επιφέρει η εισαγωγή των νέων αυτών θεραπειών.

1. Perioperative Durvalumab for Resectable Non–Small-Cell Lung Cancer, John V. Heymach, M.D., PhD and al., N Engl J Med 2023;389:1672-1684
2. Neoadjuvant pembrolizumab plus chemotherapy followed by adjuvant pembrolizumab compared with neoadjuvant chemotherapy alone in patients with early-stage non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-671): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Spicer, Jonathan D Afanashev, Sergey et al. The Lancet, Volume 404, Issue 10459, 1240 – 1252
3. Challenges and controversies in resectable non-small cell lung cancer: a clinician's perspective Houda, Ilias et al. The Lancet Regional Health – Europe, Volume 38, 100841
4. Concurrent Circulating Tumor DNA and Tissue Genotyping—Ready for Prime Time? *JAMA Netw Open.* 2024;7(1):e2351679.

"Ανασχεδιάζοντας την Επανεπιμόρφωση: Οι Νέες Οδηγίες για τη Στεφανιαία Νόσο"

Νικολέττα Στανίτσα, ειδικευόμενη Κλινικής Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς-Αγγείων, Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»

Η διαχείριση των χρόνιων στεφανιαίων συνδρόμων (Chronic Coronary Syndromes - CCS) έχει εξελιχθεί σημαντικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) για το 2024. Οι συστάσεις αυτές βασίζονται σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων στους ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο. Οι αποφάσεις σχετικά με την επανεπιμόρφωση—είτε μέσω αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (CABG) είτε μέσω αγγειοπλαστικής (PCI)—βασίζονται σε κλινικά δεδομένα και εξατομικευμένες εκτιμήσεις.

Ενδείξεις για Επανεπιμόρφωση

Η επανεπιμόρφωση στα CCS εξυπηρετεί δύο κύριους στόχους: τη βελτίωση της πρόγνωσης και την ανακούφιση των συμπτωμάτων.

1. Βελτίωση της Πρόγνωσης

Η επανεπιμόρφωση συστήνεται σε επιλεγμένους ασθενείς, όπου έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα (MACE) ή βελτιώνει την επιβίωση:

• Νόσος Στελέχους (LMCAD):

Η CABG αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο θεραπείας για ασθενείς με LMCAD, ιδιαίτερα σε ασθενείς που δύναται να χειρουργηθούν, λόγω των καλύτερων αποτελεσμάτων της όσον αφορά τη μακροχρόνια επιβίωση και τη μείωση των MACE συγκριτικά με την PCI (IA).

Η σύσταση βασίζεται στις μελέτες EXCEL [1] και NOBLE [2], οι οποίες ανέδειξαν τα οφέλη της CABG σε ασθενείς με σύνθετη ανατομία του στελέχους.

• Πολυαγγειακή Νόσος (MVD):

Σε ασθενείς με πολυαγγειακή νόσο, ιδιαίτερα σε όσους έχουν σακχαρώδη διαβήτη ή μειωμένο κλάσμα εξώθησης (LVEF \leq 35%), η CABG προτιμάται λόγω της συσχέτισής της με καλύτερα ποσοστά επιβίωσης και λιγότερες επανεπεμβάσεις (IA).

Η μελέτη FREEDOM [3] ανέδειξε την υπεροχή της CABG στους διαβητικούς ασθενείς, ενώ η μελέτη STICH [4] επιβεβαίωσε το όφελος σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας.

2. Ανακούφιση Συμπτωμάτων

Σε ασθενείς με επίμονη στηθάγχη παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική θεραπεία, συστήνεται η επανεπιμόρφωση λειτουργικά σημαντικών στενώσεων (IB).

Η μελέτη ORBITA [5] ανέδειξε την ανακούφιση των συμπτωμάτων από την PCI, ενώ οι μελέτες FAME [6] τόνισαν τη σημασία της λειτουργικής αξιολόγησης στην καθοδήγηση της επανεπιμόρφωσης.

CABG έναντι PCI

Η επιλογή μεταξύ CABG και PCI εξαρτάται από την ανατομική πολυπλοκότητα, το κλινικό προφίλ και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Η κλίμακα SYNTAX παραμένει βασικό εργαλείο για την εκτίμηση της ανατομικής πολυπλοκότητας και την καθοδήγηση της στρατηγικής επανεπιμόρφωσης.

• CABG:

Η CABG είναι η προτιμώμενη μέθοδος για ασθενείς με υψηλή ανατομική πολυπλοκότητα (SYNTAX score $>$ 22), ιδιαίτερα σε διαβητικούς ή ασθενείς με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Τα μακροχρόνια οφέλη της επιβίωσης και η ανθεκτικότητα των αποτελεσμάτων την καθιστούν **θεραπεία εκλογής σε τέτοιες περιπτώσεις (IB).**

Οι μελέτες SYNTAX [7] και FREEDOM [3] παρέχουν ισχυρά δεδομένα για την υπεροχή της CABG σε αυτούς τους πληθυσμούς.

• PCI:

Η PCI είναι κατάλληλη για ασθενείς με χαμηλή ανατομική πολυπλοκότητα, υψηλό χειρουργικό κίνδυνο ή για όσους προτιμούν λιγότερο επεμβατικές εναλλακτικές. Παρέχει ταχύτερη ανάρρωση και αποτελεσματική ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά συνδέεται με μεγαλύτερη ανάγκη για επαναληπτική επανεπιμόρφωση μακροπρόθεσμα **(IB).**

Οι μελέτες COURAGE [8] και ISCHEMIA [9] ανέδειξαν τον ρόλο της PCI στην ανακούφιση της στηθάγχης, αν και ο αντίκτυπός της στην επιβίωση είναι περιορισμένος.

Διαχείριση Ειδικών Πληθυσμών

1. Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη

Η CABG παραμένει η θεραπεία εκλογής για τους διαβητικούς ασθενείς με πολυαγγειακή νόσο. Μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα και τα MACE συγκριτικά με την PCI, όπως αποδείχθηκε στη μελέτη FREEDOM [3] (IA).

2. Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Νόσο (CKD)

Σε ασθενείς με προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο και πολυαγγειακή νόσο, η CABG συνδέεται με βελτιωμένη επιβίωση, παρά τον υψηλότερο άμεσο περιεγχειρητικό κίνδυνο (IIa B).

Η σύσταση βασίζεται σε αναλύσεις υποομάδων από παρατηρητικές μελέτες και μετα-αναλύσεις [10].

3. Ασθενείς με LMCAD

Αν και η PCI μπορεί να θεωρηθεί σε περιπτώσεις χαμηλής ανατομικής πολυπλοκότητας, η CABG παραμένει η προτιμώμενη μέθοδος για την αντιμετώπιση της σύνθετης νόσου του στελέχους (IA).

Δεδομένα από τη μελέτη EXCEL [1] υποστηρίζουν την PCI σε επιλεγμένα περιστατικά, ενώ η μελέτη NOBLE [2] επαναβεβαίωσε την υπεροχή της CABG.

Συμπέρασμα

Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την επαναιμάτωση παρέχουν ένα ασθενοκεντρικό και τεκμηριωμένο πλαίσιο. Η CABG παραμένει το χρυσό πρότυπο για τη σύνθετη στεφανιαία νόσο, ενώ η PCI προσφέρει εναλλακτική λύση για ασθενείς με λιγότερο σύνθετες ανάγκες. Η συνεργασία των ειδικών είναι απαραίτητη για την εξατομίκευση της θεραπείας.

Βιβλιογραφία

- EXCEL Trial. *New England Journal of Medicine*, 2016.
- NOBLE Trial. *Lancet*, 2016.
- FREEDOM Trial. *New England Journal of Medicine*, 2012.
- STICH Trial. *Circulation*, 2011.
- ORBITA Trial. *Lancet*, 2018.
- FAME Studies. *New England Journal of Medicine*, 2009, 2012.
- SYNTAX Trial. *Lancet*, 2009.
- COURAGE Trial. *New England Journal of Medicine*, 2007.
- ISCHEMIA Trial. *New England Journal of Medicine*, 2020.
- Subgroup Analyses on CKD and CABG vs PCI. *European Heart Journal*, 2022.

Indications for revascularization in patients with stable angina or silent ischaemia

Extent of CAD (anatomical and/or functional)		Class ^a	Level ^b
For prognosis	Left main disease with stenosis >50%. ^{c 68-71}	I	A
	Proximal LAD stenosis >50%. ^{c 62,68,70,72}	I	A
	Two- or three-vessel disease with stenosis >50% with impaired LV function (LVEF ≤35%). ^{c 61,62,68,70,73-83}	I	A
	Large area of ischaemia detected by functional testing (>10% LV) or abnormal invasive FFR. ^{d 24,59,84-90}	I	B
	Single remaining patent coronary artery with stenosis >50%. ^c	I	C
For symptoms	Haemodynamically significant coronary stenosis ^e in the presence of limiting angina or angina equivalent, with insufficient response to optimized medical therapy. ^{e 24,63,91-97}	I	A

CAD = coronary artery disease; FFR = fractional flow reserve; iwFR = instantaneous wave-free ratio; LAD = left anterior descending coronary artery; LV = left ventricular; LVEF = left ventricular ejection fraction.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cWith documented ischaemia or a haemodynamically relevant lesion defined by FFR ≤0.80 or iwFR ≤0.89 (see section 3.2.1.1), or >90% stenosis in a major coronary vessel.

^dBased on FFR <0.75 indicating a prognostically relevant lesion (see section 3.2.1.1).

^eIn consideration of patient compliance and wishes in relation to the intensity of anti-anginal therapy.

© ESC 2018

Recommendation for the type of revascularization in patients with stable coronary artery disease with suitable coronary anatomy for both procedures and low predicted surgical mortality^d

Recommendations according to extent of CAD	CABG		PCI	
	Class ^a	Level ^b	Class ^a	Level ^b
One-vessel CAD				
Without proximal LAD stenosis.	IIb	C	I	C
With proximal LAD stenosis. ^{68,101,139-144}	I	A	I	A
Two-vessel CAD				
Without proximal LAD stenosis.	IIb	C	I	C
With proximal LAD stenosis. ^{68,70,73}	I	B	I	C
Left main CAD				
Left main disease with low SYNTAX score (0 - 22). ^{69,121,122,124,145-148}	I	A	I	A
Left main disease with intermediate SYNTAX score (23 - 32). ^{69,121,122,124,145-148}	I	A	IIa	A
Left main disease with high SYNTAX score (≥ 33). ^{c 69,121,122,124,146-148}	I	A	III	B
Three-vessel CAD without diabetes mellitus				
Three-vessel disease with low SYNTAX score (0 - 22). ^{102,105,121,123,124,135,149}	I	A	I	A
Three-vessel disease with intermediate or high SYNTAX score (>22). ^{c 102,105,121,123,124,135,149}	I	A	III	A
Three-vessel CAD with diabetes mellitus				
Three-vessel disease with low SYNTAX score 0-22. ^{102,105,121,123,124,135,150-157}	I	A	IIb	A
Three-vessel disease with intermediate or high SYNTAX score (>22). ^{c 102,105,121,123,124,135,150-157}	I	A	III	A

SYNTAX score calculation information is available at <http://www.syntaxscore.com>.

CABG = coronary artery bypass grafting; CAD = coronary artery disease; LAD = left anterior descending coronary artery; PCI = percutaneous coronary intervention; SYNTAX = Synergy between Percutaneous Coronary Intervention with TAXUS and Cardiac Surgery.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cPCI should be considered if the Heart Team is concerned about the surgical risk or if the patient refuses CABG after adequate counselling by the Heart Team.

^dFor example, absence of previous cardiac surgery, severe morbidities, frailty, or immobility precluding CABG (also see Table 5).

© ESC 2018

ΘΥΜΕΚΤΟΜΗ Ή ΘΥΜΩΜΕΚΤΟΜΗ

Χαράλαμπος Ζήσης

Συντονιστής Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Το δίλημμα μεταξύ θυμεκτομής και θυμωμεκτομής είναι υπαρκτό εις ό,τι αφορά σε περιπτώσεις θυμωμάτων που δεν συνοδεύονται από μυασθένεια gravis (MG). Είναι αυτονόητο πως όταν υπάρχει MG, η ενδεικνυόμενη επέμβαση είναι η θυμεκτομή (πλήρης, ολική ή ριζική, σύμφωνα με ορισμούς που κατά καιρούς έχουν εισαχθεί στη βιβλιογραφία, προκειμένου να εκφράσουν την έκταση και πληρότητα εξαίρεσης του θύμου αδένου).

Όταν δεν υφίσταται MG, είναι αμφιλεγόμενο βιβλιογραφικά το κατά πόσο ενδείκνυται θυμεκτομή ή απλώς θυμωμεκτομή.

Η αναδρομική πολυκεντρική μελέτη της ESTS database κατέδειξε υπεροχή της θυμεκτομής στην πενταετή ολική επιβίωση (5-year overall survival rate 89% in the TT group and 55% in the ST group) και στην ελεύθερη υποτροπής πενταετία (5-year freedom from recurrence 96% in the TT group and 79% in the ST group) χωρίς αύξηση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας¹.

Στον αντίποδα των ευρημάτων αυτής της σειράς, δημοσιευθείσα μετα-ανάλυση δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο πρακτικών αναφορικά με την υποτροπή, την πληρότητα της εξαίρεσης, την επικουρική θεραπεία και τους σχετιζόμενους με το θύμωμα θανάτους. Στατιστικά σημαντική μείωση προέκυψε ως προς τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, την παροχέτευση και τη διάρκεια της νοσοκομειακής παραμονής σε μερική θυμεκτομή².

Ο προβληματισμός σε σχέση με τη θυμεκτομή άλλαξε εντελώς με την δημοσίευση του N Engl J Med, που έθεσε θέμα αυξημένης θνητότητας από όλες τις αιτίες στην ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε θυμεκτομή. Οι εν λόγω ασθενείς εμφάνισαν αυξημένη θνητότητα από καρκίνο, μικρότερη νέα παραγωγή CD4+ και CD8+ λεμφοκυττάρων και υψηλότερα επίπεδα προ-φλεγμονωδών κυτοκινών στο αίμα. Η θυμεκτομή συνδυάστηκε με επιθετικότερους καρκίνους και με μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής τους, όπως επίσης με μεγαλύτερη επίπτωση αυτοάνοσων νοσημάτων και λοιμώξεων³.

Εις απάντηση αυτού του άρθρου δημοσιεύθηκε στο Neurology άρθρο ανασκόπησης, που αποτιμά τα ευρήματα και ασκεί αυστηρή μεθοδολογική κριτική καταλήγοντας ότι η εξαίρεση του θύμου προσφέρει αποδεδειγμένα οφέλη που υπερβαίνουν τους δυνητικούς κινδύνους σε

ασθενείς με MG, που έχουν θετικά αντισώματα κατά των υποδοχέων ακετυλχολίνης (acetylcholine receptor antibody-positive MG) και σε ασθενείς με διαγνωσμένο θύμωμα.

Ωστόσο, διευκρινίζεται ότι περιστασιακή αφαίρεση του θύμου στο πλαίσιο άλλων θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων πρέπει να ελαχιστοποιείται όσο γίνεται περισσότερο, όπως και «αδικαιολόγητες» θυμεκτομές σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, σε θυμική υπερπλασία ή σε καλοήθεις κύστες πρέπει να αποφεύγονται⁴.

Εν κατακλείδι, θα μπορούσαμε να συστήσουμε ως ορθολογική διαχείριση την εξαίρεση του θυμώματος με επαρκή όρια κυτταρολιπώδους ιστού περίξ της κάψας σε ασθενείς χωρίς MG και θύμωμα σταδίου I και II, ώστε η εκτομή να κρίνεται ογκολογικά επαρκής, αλλά σε ασθενείς με θύμωμα III και IV κατά Masaoka, καθώς και με θυμικό καρκίνωμα, η ριζική (ή ολική ή πλήρης) θυμεκτομή είναι επιβεβλημένη.

Επαγρύπνηση για δυνητική ανάπτυξη αυτοάνοσου νοσήματος ή κακοήθειας ή λοιμώξεων σε ασθενείς μετά από θυμεκτομή είναι αυτονόητη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guerrero F, Falcoz P-E, Moser B, et al. Thymectomy plus total thymectomy versus simple thymectomy for early-stage thymoma without myasthenia gravis: a European Society of Thoracic Surgeons Thymic Working Group Study. *Eur J Cardiothorac Surg* 2021 Oct 22;60(4):881-887
2. Papadimas E, Tan YK, Luo HD, et al. Partial Versus Complete Thymectomy in Non-Myasthenic Patients with Thymoma: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Outcomes. *Heart Lung Circ* 2022 Jan;31(1):59-68.
3. Kooshesh KA, Foy BH, Sykes DB, Gustafsson K, Scadden DT. Health Consequences of Thymus Removal in Adults. *N Engl J Med* 2023 Aug 3;389(5):406-417
4. Kaminski HJ, Kusner LL, Cutter GR, et al. Does Surgical Removal of the Thymus Have Deleterious Consequences? *Neurology* 2024 May 23;102(12): e2

Νεοεπικουρική και επικουρική θεραπεία για εξαιρεσιμό μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος (NSCLC). Συστάσεις και συναινέσεις από την International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC).

Τιμόθεος Σακελλαρίδης, MD, MSc, FEBTS, Αναπλ. Δντης Θωρακοχειρουργικής Κλινικής ΝΙΜΤΣ

Spicer JD, Cascone T, Wynes MW, Ahn MJ, Dacic S, Felip E, Forde PM, Higgins KA, Kris MG, Mitsudomi T, Provencio M, Senan S, Solomon BJ, Tsao MS, Tsuboi M, Wakelee HA, Wu YL, Chih-Hsin Yang J, Zhou C, Harpole DH, Kelly KL. Neoadjuvant and Adjuvant Treatments for Early Stage Resectable NSCLC: Consensus Recommendations From the International Association for the Study of Lung Cancer. J Thorac Oncol. 2024 Oct;19(10):1373-1414. Epub 2024 Jun 18.

Οι πρόοδοι στην αντιμετώπιση του εξαιρεσιμού μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (NSCLC), εμφανίζονται με ταχύτατους ρυθμούς. Πολυάριθμες μελέτες φάσης 3 ανέδειξαν αποτελέσματα που έχουν αλλάξει τα δεδομένα όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης σαφώς προς το καλύτερο. Τα ευρήματα αυτά όμως απαιτούν σημαντικές τροποποιήσεις και αναδιοργάνωση στο θεραπευτικό πρωτόκολλο των ασθενών. Ποτέ άλλοτε δεν ήταν τόσο αναγκαία η πολυεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Αυτές οι ραγδαίες εξελίξεις και πρόοδοι, έχουν δημιουργήσει αναπόφευκτα «κενά» στις γνώσεις μας, η κάλυψη των οποίων θα επιτευχθεί στα επόμενα έτη. Για τον λόγο αυτό η IASLC, μαζί με την American Joint Committee on Cancer – Union (AJCC), National Comprehensive Cancer Network, την American Society for Clinical Oncology (ASCO), την European Society for Medical Oncology (ESMO), και την American Association for Thoracic Surgery, συγκρότησε μία πολυεπιστημονική επιτροπή για την αξιολόγηση των τρεχόντων δεδομένων και την παροχή συστάσεων για ασθενείς με εξαιρεσιμό NSCLC, σταδίων II και III κατά TNM 8^η έκδοση.

Έτσι, μετά από μελέτη και δημόσια ψηφοφορία, δημιουργήθηκαν συστάσεις, που όλες πλην μίας έχουν >85% συναίνεση των μελών της επιτροπής. Τα κυριότερα σημεία της μελέτης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- 1) Την κρίσιμη σημασία μιας διεπιστημονικής προσέγγισης στην αξιολόγηση ασθενών με εξαιρεσιμό NSCLC καθοδηγούμενης από την κοινή κλινική λήψη αποφάσεων μιας ομάδας.
- 2) Δοκιμή βιοδεικτών για εξαιρεσιμό NSCLC.
- 3) Σύσταση για νεοεπικουρική χημειοθεραπεία - ανοσοθεραπεία για εξαιρεσιμό NSCLC σταδίου III.

4) Ισορροπία όσον αφορά στη βέλτιστη διαχείριση ασθενών με στάδιο II, μεταξύ χειρουργικής επέμβασης ακολουθούμενη από επικουρική θεραπεία και νεοεπικουρικές ή περιεγχειρητικές στρατηγικές.

5) Την ισχυρή σύσταση για επικουρική στοχευμένη θεραπεία για ασθενείς με εξαιρεσιμότητα NSCLC και θετικές μεταλλάξεις EGFR και ALK.

Οι συστάσεις αυτές συνοψίζονται στα κάτωθι (παρατίθενται όσες είχαν συναίνεση >85%):

- Ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται στο Ογκολογικό Συμβούλιο (που απαρτίζεται από Ογκολόγο, Χειρουργό Θώρακος, Ακτινοθεραπευτή – Ογκολόγο, Πνευμονολόγο, Παθολογοανατόμο) για την εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς.
- CT Θώρακος & άνω κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, PET/CT και σταδιοποίηση μεσοθωρακίου με επεμβατικές μεθόδους για αποκλεισμό N2 νόσου, μαζί με MRI ή CT εγκεφάλου με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό, προτείνεται για όλους τους ασθενείς.
- Εκτίμηση από τον Χειρουργό Θώρακος για την εξαιρεσιμότητα και εγχειρησιμότητα του ασθενούς.
- Οι Χειρουργοί Θώρακος που αναλαμβάνουν ασθενείς για χειρουργική επέμβαση μετά από νεοεπικουρική θεραπεία, δέον να έχουν την απαραίτητη εμπειρία στις προηγμένες εγχειρητικές τεχνικές.
- Απαραίτητη η εκτίμηση των ασθενών για συστηματική θεραπεία από τον Ογκολόγο.
- Απαραίτητος κρίνεται ο προσδιορισμός παρουσίας μεταλλάξεων EGFR & ALK. Ο προσδιορισμός του PD-L1 συνιστάται.
- Η χορήγηση νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας & ανοσοθεραπείας κατέχει ισχυρή σύσταση για τους ασθενείς σε καλή γενική κατάσταση με εξαιρεσιμότητα NSCLC σταδίου IIIA ή IIIB, ανεξάρτητα από την έκφραση του PD-L1.
- Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση μετά από νεοεπικουρική θεραπεία, συνιστάται επικουρική ανοσοθεραπεία.
- Σε ασθενείς με TKI ευαισθητοποιημένες μεταλλάξεις των EGFR & ALK, δεν συνιστάται η ανοσοθεραπεία, είτε νεοεπικουρική είτε επικουρική.
- CT με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό προ του χειρουργείου είναι απαραίτητη. Επί μη απεικονιστικής προόδου νόσου μετά από εισαγωγική χημειο- ανοσοθεραπεία, δεν απαιτείται επεμβατική σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου.
- Σε περίπτωση μη προόδου της νόσου μετά από νεοεπικουρική θεραπεία, που η νόσος παραμένει εξαιρεσιμότητα και εγχειρήσιμη, το χειρουργείο θα πρέπει να προχωρήσει. Σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να επαναληφθεί το Ογκολογικό Συμβούλιο.
- Η χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία προτείνεται να γίνει το χρονικό διάστημα 3-6 εβδομάδες από την τελευταία δόση, έτσι ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στον μυελό των οστών να ανακάμψει.
- Ταχεία βιοψία κατά το χειρουργείο για την επιβεβαίωση της πλήρους εκτομής είναι επιβεβλημένη.
- Η Παθολογοανατομική έκθεση μετά από νεοεπικουρική θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον καθορισμό παθολογοανατομικής ανταπόκρισης, το ποσοστό βιώσιμου όγκου και την ypTNM σταδιοποίηση.
- Μετά το χειρουργείο και υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων, συνιστάται επανάληψη του Ογκολογικού Συμβουλίου.
- Η επικουρική χημειοθεραπεία θα πρέπει να προηγείται της ανοσοθεραπείας.
- Σε ασθενείς σταδίου II ή IIIA, με EGFR & ALK wild-type disease, που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική εκτομή και ακολούθως χημειοθεραπεία, θα πρέπει να προτείνεται η ανοσοθεραπεία βασισμένη στα PD-L1 αποτελέσματα και συγκεκριμένα:
 - PD-L1 <1% δεν ενδείκνυται,
 - PD-L1 1-49% συζητήσιμο,
 - PD-L1 >50% Ισχυρή σύσταση.
- Έλεγχος και για άλλα ογκογονίδια είναι συνιστώμενος.
- Για ασθενείς σταδίου II και IIIA με θετικές EGFR μεταλλάξεις, η επικουρική ανοσοθεραπεία με Osimertinib είναι συνιστώμενη. Η χημειοθεραπεία βασισμένη στην πλατίνα πριν την έναρξη επικουρικής ανοσοθεραπείας με Osimertinib είναι προτεινόμενη, ενώ για ασθενείς σταδίου IB, συνιστάται επικουρική ανοσοθεραπεία μόνο με Osimertinib.
- Ασθενείς σταδίου IB-IIIΑ με ALK μεταλλάξεις, επικουρική θεραπεία με alectinib. Η χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας πριν την χορήγηση alectinib, είναι στην διακριτική ευχέρεια του Ογκολόγου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΑΡΘΡΟΥ

Τσίπας Θ.Παντελεήμων

Χειρουργός Καρδιάς- Θώρακα

Επιμελητής Διακλαδικής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ενόπλων Δυνάμεων

401 ΓΣΝΑ, Αθήνα

Τίτλος Άρθρου: *Mazine A, El-Hamamsy I. What is the best alternative if the aortic valve cannot be repaired? Ann Cardiothorac Surg 2019;8(3):399-400. doi: 10.21037/acs.2019.04.03*

Η μέθοδος εκλογής για την χειρουργική αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας είναι η επιδιόρθωση αυτής. Στις περιπτώσεις όπου η επιδιόρθωση δεν κρίνεται εφικτή ως εναλλακτικές επιλογές προτείνονται οι βιοπροσθετικές βαλβίδες, οι μηχανικές βαλβίδες, τα ομοιομοσχεύματα αορτικής βαλβίδας και το αυτομόσχευμα πνευμονικής (εγχείρηση Ross).

Η επιλογή του υποκατάστατου της αορτικής βαλβίδας πρέπει να γίνεται με σύνεση δεδομένου ότι καθεμία από τις παραπάνω επιλογές φέρει πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα με σημαντικό αντίκτυπο στην μακροχρόνια πρόγνωση και στην ποιότητα ζωής.

Με δεδομένα τα ανωτέρω, οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ιδανική εναλλακτική στην επιδιόρθωση της ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας, είναι η αντικατάσταση αυτής με ζώντα ιστό, συνθήκη που μόνον η εγχείρηση Ross πληροί - με εξαίρεση περιπτώσεις οικογενούς αορτοπάθειας, νόσων συνδετικού ιστού και περιορισμένου προσδόκιμου επιβίωσης (≤ 15 ετών).