

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ**

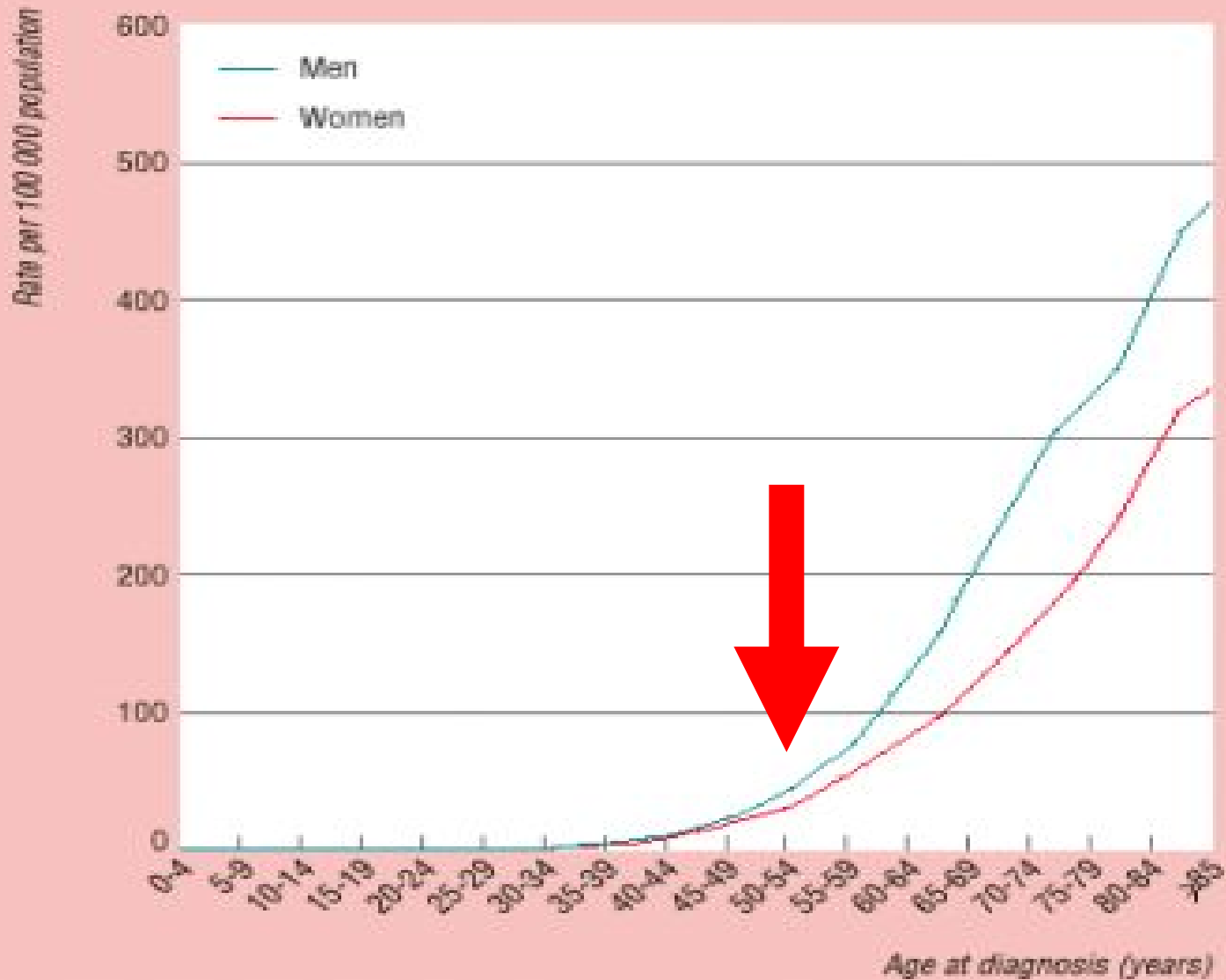
**ΙΩΑΝΝΗΣ Η. ΓΚΡΙΝΙΑΤΣΟΣ**

Καθηγητής Χειρουργικής  
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ  
ΑΘΗΝΩΝ  
ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- 30-40 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού/έτος
- 2.000.000 νέες περιπτώσεις παγκοσμίως/έτος
- 1.000.000 ασθενείς πεθαίνουν από τη νόσο ετησίως
- Επίπτωση της νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών:  
Παχύ έντερο            1.2:1                            Ορθό                            1.7:1
- Πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άνδρες και γυναίκες:  
Άνδρες                            1:18                            Γυναίκες                            1:28
- Η επίπτωση αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας
- **>70 ετών:** 300 νέες περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού/έτος
- Η μέση ηλικία διάγνωσης ανέρχεται στα 72 έτη

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

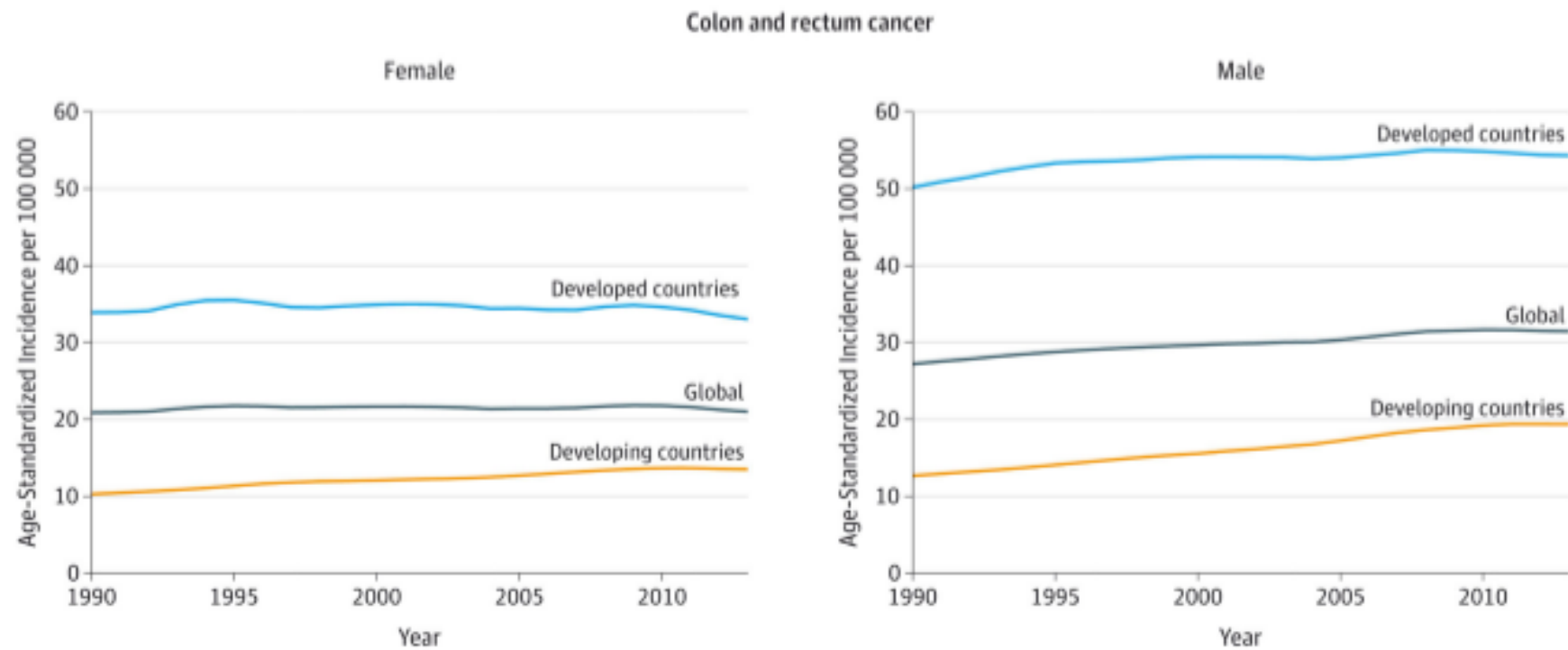


1990		2013		Change in Absolute YLLs, %
Rank	Cancer	Cancer	Rank	
1	Tracheal, bronchus, and lung cancer	Tracheal, bronchus, and lung cancer	1	39.2
2	Stomach cancer	Liver cancer	2	42.2
3	Liver cancer	Stomach cancer	3	-2.5
4	Colon and rectum cancer	Colon and rectum cancer	4	43.9
5	Leukemia	Breast cancer	5	35.9
6	Breast cancer	Esophageal cancer	6	31.9
7	Esophageal cancer	Leukemia	7	-9.0
8	Cervical cancer	Pancreatic cancer	8	73.7
9	Brain and nervous system cancer	Cervical cancer	9	13.7
10	Non-Hodgkin lymphoma	Brain and nervous system cancer	10	26.4
11	Pancreatic cancer	Non-Hodgkin lymphoma	11	42.3
12	Ovarian cancer	Ovarian cancer	12	50.0
13	Bladder cancer	Prostate cancer	13	69.7
14	Gallbladder and biliary tract cancer	Lip and oral cavity cancer	14	52.4
15	Prostate cancer	Kidney cancer	15	43.9
16	Lip and oral cavity cancer	Bladder cancer	16	17.9
17	Kidney cancer	Gallbladder and biliary tract cancer	17	11.3
18	Larynx cancer	Other pharynx cancer	18	54.7
19	Nasopharynx cancer	Larynx cancer	19	5.8
20	Hodgkin lymphoma	Nasopharynx cancer	20	3.9
21	Other pharynx cancer	Multiple myeloma	21	64.3
22	Uterine cancer	Uterine cancer	22	35.6
23	Malignant skin melanoma	Malignant skin melanoma	23	32.6
24	Multiple myeloma	Hodgkin lymphoma	24	-40.5
25	Thyroid cancer	Mesothelioma	25	82.9
26	Mesothelioma	Thyroid cancer	26	29.8
27	Testicular cancer	Testicular cancer	27	11.4

**Figure 5. Cancers Ranked Globally and for Both Sexes by Absolute Years of Life Lost (YLLs) Including the Percentage Change in Absolute YLLs and the Percentage Change in the Age-Standardized YLL Rate Between 1990 and 2013**

**Table 2**  
**Decomposition Analysis of Cancer Trends in Global Incidence, Both Sexes, 1990 to 2013**

Cancer <sup>a</sup>	Incident Cases, No.		Expected Incident Cases, 2013, No.		Change in Incident Cases, 1990 to 2013, %		
	1990	2013	Given Population Growth Alone	Given Population Growth and Aging	Due to Population Growth <sup>b</sup>	Due to Change in Age Structure <sup>c</sup>	Due to Change in Incidence Rates <sup>d</sup>
All except NMSC and KS	8 510 588	14 942 583	11 486 507	14 515 059	35.0	35.6	5.0
Esophageal	303 510	441 767	409 640	530 592	35.0	39.9	-29.3
Stomach	800 136	984 206	1 079 922	1 401 995	35.0	40.3	-52.2
Liver	465 014	792 203	627 617	800 507	35.0	37.2	-1.8
Larynx	137 785	176 687	185 964	238 499	35.0	38.1	-44.9
Tracheal, bronchus and lung	1 113 162	1 798 179	1 502 405	1 937 791	35.0	39.1	-12.5
Breast	906 618	1 804 209	1 223 637	1 568 145	35.0	38.0	26.0
Cervical	447 344	485 297	603 768	747 821	35.0	32.2	-58.7
Uterine	216 793	353 117	292 599	375 986	35.0	38.5	-10.5
Prostate	454 412	1 442 460	613 308	801 983	35.0	41.5	140.9
Colon and rectum	818 440	1 572 590	1 104 626	1 443 985	35.0	41.5	15.7
Lip and oral cavity	238 789	409 360	322 287	413 567	35.0	38.2	-1.8
Nasopharynx	67 658	83 702	91 316	112 072	35.0	30.7	-41.9
Other pharynx	80 691	139 567	108 907	140 604	35.0	39.3	-1.3

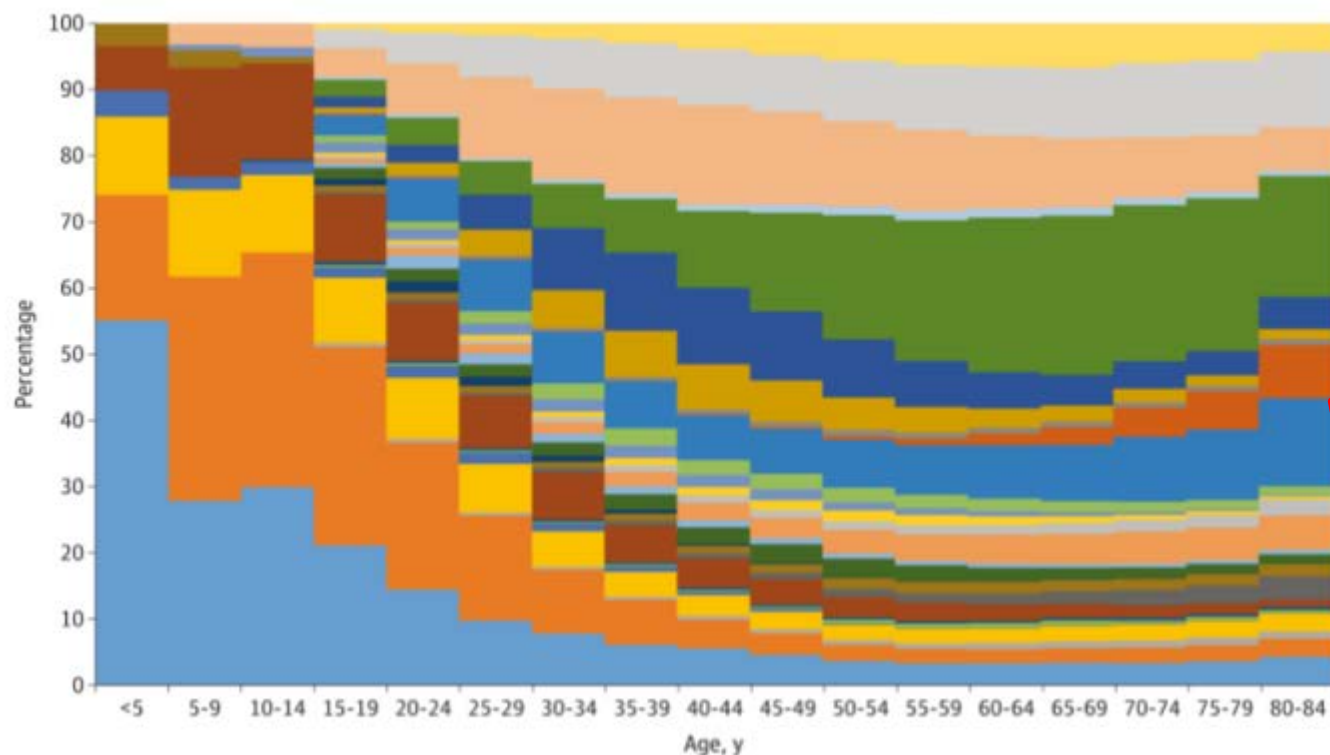


**Figure 8. Trends in Age-Standardized Incidence Rates for Colon and Rectum Cancer, 1990-2013**

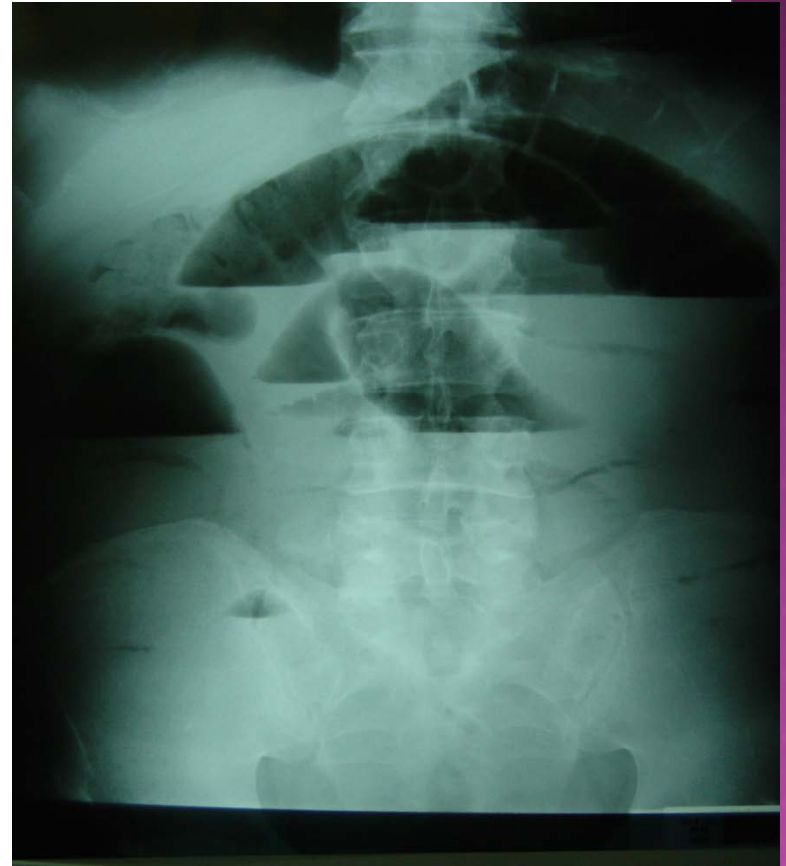
**Figure 1. Age-Specific Global Contributions of Cancer Types to Total Cancer Incidence and Mortality, 2013**

For *International Classification of Diseases* codes included in the other neoplasms group, see eTable 15 in the Supplement.

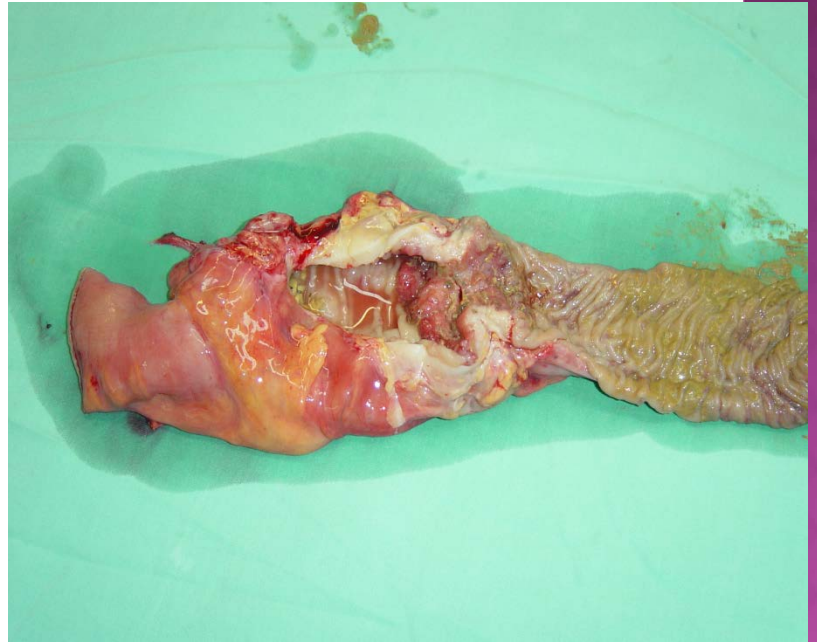
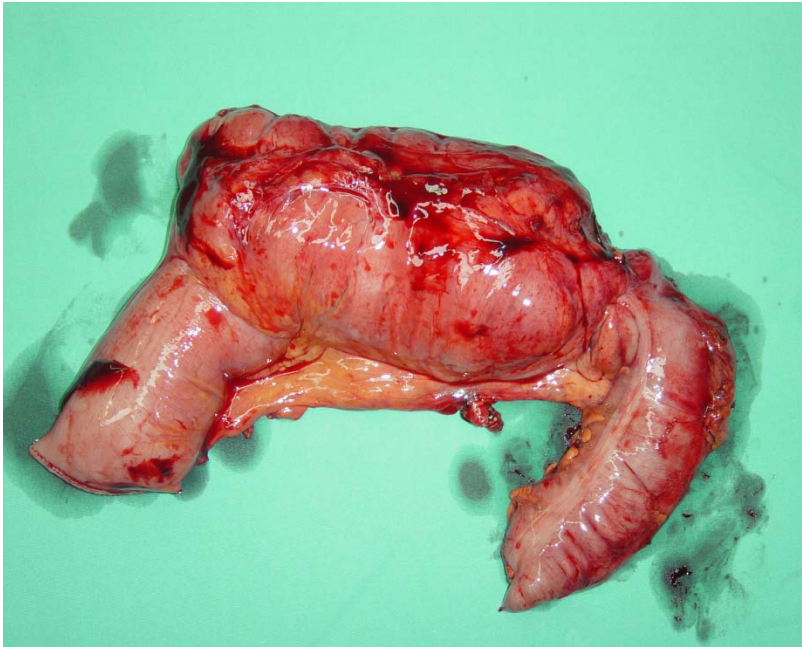
**B** Cancer Mortality



- Esophageal cancer
- Stomach cancer
- Liver cancer
- Larynx cancer
- Tracheal, bronchus, and lung cancer
- Breast cancer
- Cervical cancer
- Uterine cancer
- Prostate cancer
- Colon and rectum cancer
- Lip and oral cavity cancer
- Nasopharynx cancer
- Other pharynx cancer
- Gallbladder and biliary tract cancer
- Pancreatic cancer
- Malignant skin melanoma
- Ovarian cancer
- Testicular cancer
- Kidney cancer
- Bladder cancer
- Brain and nervous system cancer
- Thyroid cancer
- Mesothelioma
- Hodgkin lymphoma
- Non-Hodgkin lymphoma
- Multiple myeloma
- Leukemia
- Other neoplasms





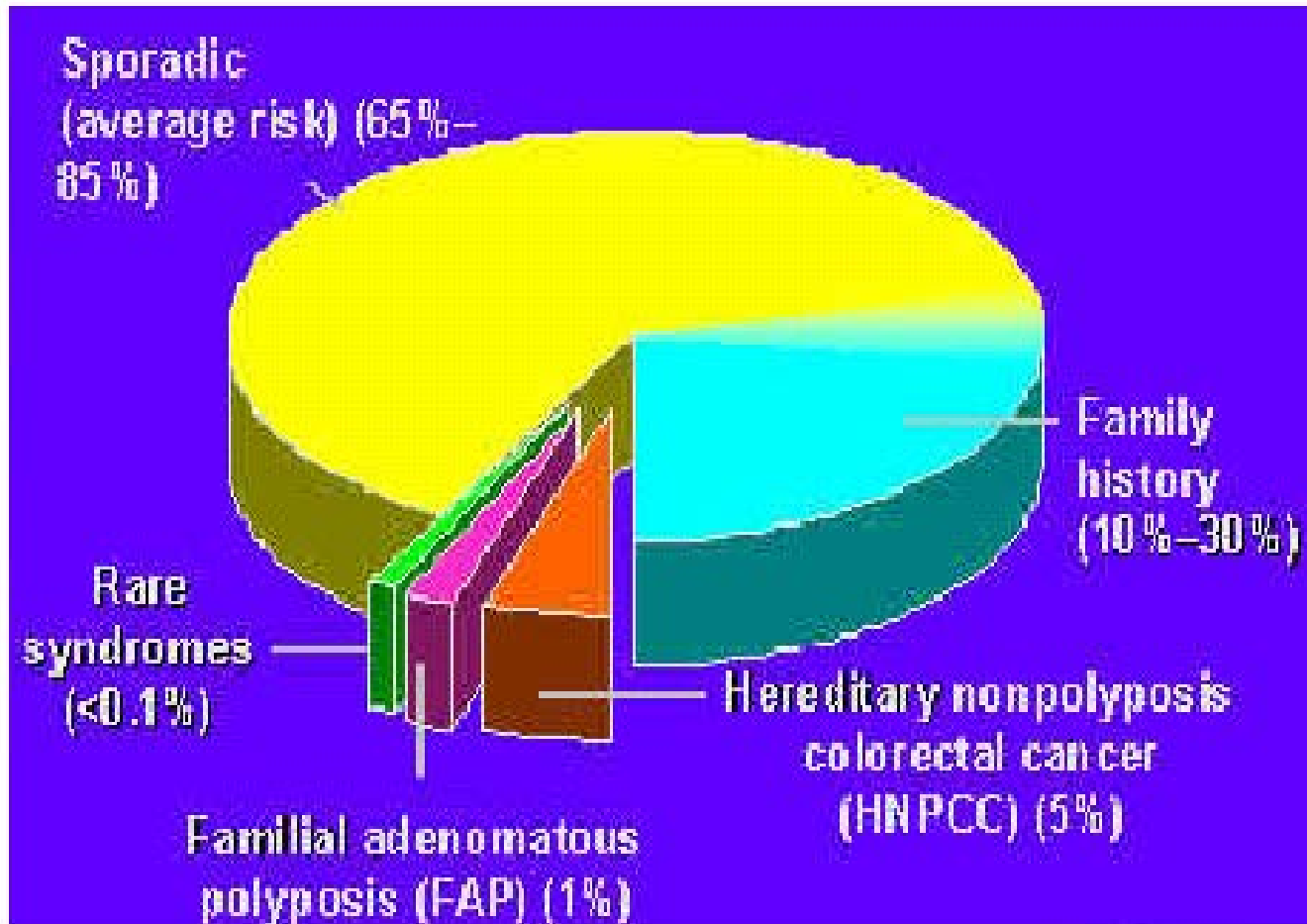


# ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ

Σύσταση	Επίπεδο	Είδος μελέτης
<b>A</b>	1a	Συστ. ανασκοπήσεις προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών
	1b	Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες
		Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες με μικρό CI
	1c	Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες τύπου "όλα ή τίποτα" Μετα-αναλύσεις
<b>B</b>	2a	Συστηματικές ανασκοπήσεις cohort studies
	2b	Αναδρομικές cohort studies
		Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες χαμηλής ποιότητας
	2c	Έρευνες έκβασης
	3a	Συστηματικές ανασκοπήσεις case control studies
	3b	Case control studies
<b>C</b>	4a	Case series & Case reports
<b>D</b>	5	Απόψεις ειδικών

*Oxford Center for Evidence Based Medicine  
Levels of Evidence, May 2001*

# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ

## ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

**Πολύποδες < 1 cm**

Ενδοσκοπική πολυπεκτομή

**Πολύποδες > 2 cm**

Ενδοσκοπική πολυπεκτομή &  
Επανάληψη ενδοσκόπησης σε 3-6 μήνες

**ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

# ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Επειδή ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής ή λεμφαδενικών μεταστάσεων από διηθητικό αδenoκαρκίνωμα μετά από ενδοσκοπική αφαίρεση πολύποδα με κακοήθη εξαλλαγή, **είναι μικρότερος** από τον κίνδυνο θνητότητας και νοσηρότητας μετά από κολεκτομή, η Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία συνιστά ότι **ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ** περαιτέρω θεραπεία εφ' όσον πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

**Πλήρης εκτομή του πολύποδα**

**Το νεόπλασμα δεν είναι χαμηλής διαφοροποίησης**

**Δεν υπάρχει αγγειακή ή λεμφαγγειακή διήθηση**

**Τα όρια εκτομής είναι ελεύθερα νόσου**

Η διήθηση του μίσχου από μόνη της, δεν αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα

# ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

- **Ασυμπτωματικά άτομα του γενικού πληθυσμού, ΑΛΛΑ χαμηλού κινδύνου**

Ασθενείς < 40 ετών

Ασθενείς 40-49 ετών

Ασθενείς > 50 ετών και μέσου κινδύνου

## Ασθενείς < 40 ετών

Στους ασθενείς αυτούς δεν απαιτείται προσυμπτωματικός έλεγχος **παρά μόνον επί επεισοδίου απώλειας ποσότητας ζυηρού ερυθρού αίματος από το ορθό.**

Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής πρέπει να διερευνάται με λεπτομερή **κλινική εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής** και πρωκτο- ή ορθο-σκόπηση.

Επί απουσίας εμφανούς αιτίας, οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται περαιτέρω με **σιγμοειδοσκόπηση** (μιας και το 67-80% των πολυπόδων του παχέος εντέρου εντοπίζονται περιφερικότερα από την αριστερή κολική καμπή) και πιθανώς με κολονοσκόπηση.

## Ασθενείς 40-49 ετών

Στους ασθενείς αυτούς δεν απαιτείται προσυμπτωματικός έλεγχος **παρά μόνον επί επεισοδίου απώλειας ποσότητας ζωηρού ερυθρού αίματος από το ορθό.**

Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής πρέπει να διερευνάται με λεπτομερή **κλινική εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής** και πρωκτο- ή ορθο-σκόπηση.

Επί απουσίας εμφανούς αιτίας, οι ασθενείς πρέπει να διερευνώνται περαιτέρω με **κολονοσκόπηση**, γιατί μπορεί μεν η επίπτωση του καρκίνου να είναι μικρή σε αυτές της ηλικίας, είναι όμως αυξημένη η επίπτωση προκαρκινωμα-τωδών καταστάσεων όπως οι αδενωμάτωδεις πολύποδες οι οποίοι και κατανέμονται με ίση περίπου συχνότητα μεταξύ αριστερού και δεξιού κόλου (55% και 45% αντίστοιχα).

# ΑΣΘΕΝΕΙΣ > 50 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

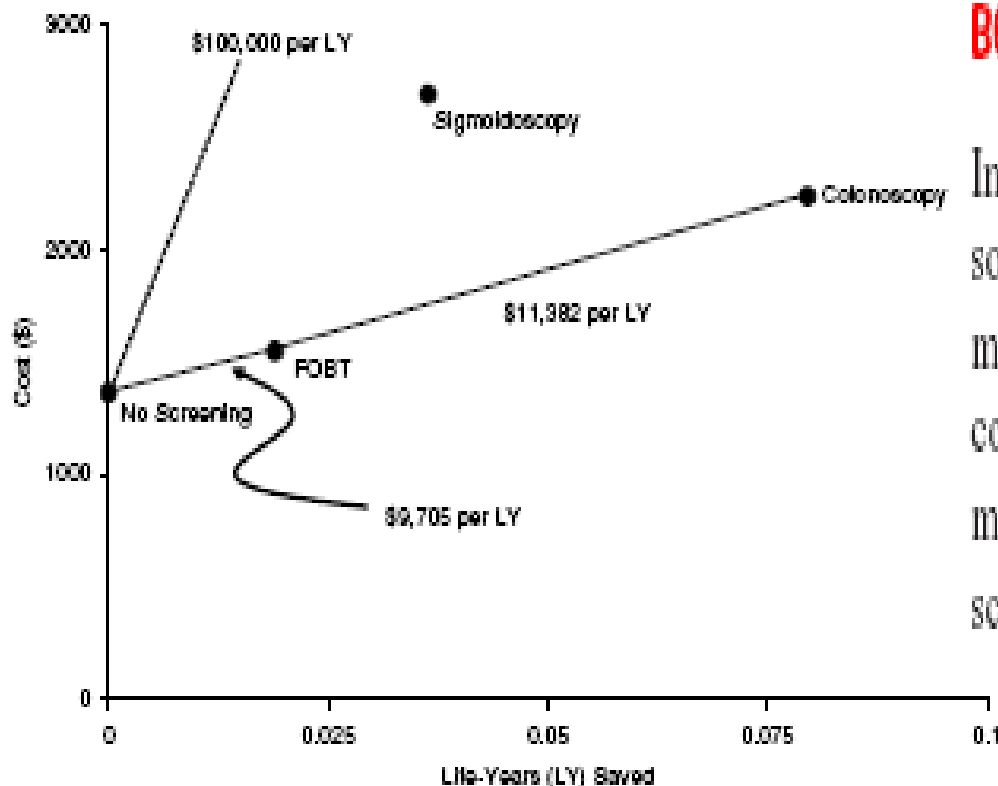
Προσυμπτωματικός έλεγχος από την ηλικία των **50 ετών**

- Αναζήτηση λανθάνουσας απώλειας αίματος από το ορθό (fecal occult blood test, FOBT) **Ετησίως**
- Εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση **Ανά 5ετία**
- Συνδιασμός FOBT και εύκαμπτης σιγμοειδοσκόπησης **Ανά 5ετία**
- Βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης **Ανά 5ετία**
- Κολonosκόπηση **Ανά 10ετία**

# Evidence Based Medicine (EBM) in Practice: Applying Results of Cost-Effectiveness Analyses

Joel H. Rubenstein, M.D., M.Sc.,<sup>1</sup> and John M. Inadomi, M.D.<sup>2</sup>

## Cost-effectiveness of colon cancer screening



### **BOTTOM LINE**

In this setting of constrained economic and endoscopic resources, FOBT may be the optimal strategy to decrease mortality from colorectal cancer in average-risk adults. In contrast, a program using colonoscopy may be the optimal strategy if endoscopic capacity is adequate to provide screening tests.

# ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

- **Ασυμπτωματικά άτομα του γενικού πληθυσμού, ΑΛΛΑ υψηλού κινδύνου ανεξαρτήτως ηλικίας**

# Ασθενείς αυξημένου κινδύνου

- Ασθενείς με **έναν 1<sup>ου</sup> βαθμού συγγενή** (γονείς, αδέρφια, παιδιά) με ιστορικό διεγνωσμένου καρκίνου ΠΕ-Ο ή αδενωματώδους πολύποδα **σε ηλικία  $\geq$  60 ετών**

Ή

**δύο 2<sup>ου</sup> βαθμού συγγενείς** με διεγνωσμένο καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού **ανεξαρτήτως ηλικίας**

**Προσυμπτωματικός έλεγχος  
όμοιος με τους ασθενείς  
μέσου κινδύνου**

# Ασθενείς αυξημένου κινδύνου

- Ασθενείς με **τουλάχιστον έναν 1<sup>ο</sup> βαθμού συγγενή** με ιστορικό διεγνωσμένου καρκίνου ΠΕ-Ο ή αδενωματώδους πολύποδα σε ηλικία < 60 ετών

Ή

**δύο ή περισσότερων 2<sup>ο</sup> βαθμού συγγενείς** με διεγνωσμένο καρκίνο ΠΕ-Ο

## Κολonosκόπηση ανά 5ετία

- είτε από την ηλικία των 40 ετών
- είτε δέκα έτη νωρίτερα από την ηλικία διάγνωσης του καρκίνου στο νεώτερο προσβληθέν μέλος της οικογένειας.

# Ασθενείς αυξημένου κινδύνου

- Ασθενείς με ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου

## Κολονοσκόπηση κάθε 1-2 έτη

- είτε μετά από οκτώ έτη από την αρχική διάγνωση της νόσου σε περιπτώσεις πανκολίτιδας
- είτε μετά από δεκαπέντε έτη από την αρχική διάγνωση της νόσου σε περιπτώσεις εντόπισής της στο αριστερό κόλον

# ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Ασθενείς με ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου

## ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗΣ

1. Καρκίνος
2. Υψηλόβαθμη δυσπλασία
3. Πολυεστιακή χαμηλόβαθμη δυσπλασία
4. Ενδοαυλική μάζα
5. Στενωμένη περιοχή

# ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Ασθενείς με ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου-ορθού οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ογκολογική κολεκτομή με σκοπό την ίαση

Κολonosκόπηση **ένα έτος** μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Εαν αυτή είναι φυσιολογική, τότε η επόμενη κολonosκόπηση μπορεί να διενεργηθεί **τρία έτη** αργότερα.

Εαν και η δεύτερη κολonosκόπηση είναι φυσιολογική, τότε περιοδικός κολonosκοπικός έλεγχος **ανά πενταετία**

# ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

- **Ασυμπτωματικά άτομα με γενετική προδιάθεση**
  - Οικογενής πολυποδίαση (FAP)
  - Κληρονομικός μη πολυποδιασικός καρκίνος ΠΕ-Ο (HNPCC)
  - Σύνδρομο Peutz-Jeghers
  - Νεανική πολυποδίαση

# ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ (FAP)

- Πρόκειται για κληρονομική νόσο, μεταβιβαζόμενη κατά τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα, η οποία ευθύνεται για το **1%** του συνόλου των καρκίνων παχέος εντέρου και ορθού.
- Μετάλλαξη στο **γονίδιο APC** (εδράζεται στο χρωμόσωμα 5q21-q22) ενοχοποιείται για το 80% των περιπτώσεων της νόσου.
- Η έκφραση του γονιδίου οδηγεί στη διάχυτη εμφάνιση πολλαπλών αδενωματοδών πολυπόδων (> 100) παχέος εντέρου και ορθού και σε **100% ανάπτυξη καρκίνου μέχρι την ηλικία των 45 ετών.**
- Ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση μπορεί να αναπτύξουν πλήθος καλοηθών και κακοηθών εξω-κολονικών εκδηλώσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχουν η ανάπτυξη **ηπατοβλαστώματος** και **καρκίνου του δωδεκαδακτύλου** και της περιοχής **του φύματος του Vater.**
- Σπανιότερες μορφές καρκίνου σχετιζόμενες με FAP αποτελούν ο καρκίνος του παγκρέατος, των εξωηπατικών χοληφόρων, του θυρεοειδούς αδένα και του ΚΝΣ.

# ΟΙΚΟΓΕΝΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ (FAP)

Οι συγγενείς των ασθενών με FAP πρέπει να υποβάλλονται σε :

- Γενετικό έλεγχο (=αναζήτηση APC gene) στην ηλικία των **10-12 ετών**.
- Προσυμπτωματικό έλεγχο με **κολonosκόπηση ετησίως αρχίζοντας από την ηλικία των 12 ετών**.
- Η ενδοσκοπική ανάδειξη πολυπόδων αποτελεί **απόλυτη ένδειξη χειρουργικής επέμβασης**.
- Επί μη ανάδειξης πολυπόδων μέχρι την ηλικία των 50 ετών, περιοδικός έλεγχος **όμοιος με τους ασθενείς μέσου κινδύνου** για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού

# ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ ΜΗ-ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΝΡCC

- Πρόκειται για κληρονομική νόσο, μεταβιβαζόμενη κατά τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα, η οποία ευθύνεται για το **3-5%** του συνόλου των καρκίνων παχέος εντέρου και ορθού.
- Αιτιολογικά οφείλεται σε **μετάλλαξη σε ένα γονίδιο επισκευής του DNA** και οι ασθενείς οι οποίοι εκφράζουν τη γονιδιακή αυτή ανωμαλία έχουν 70-80% πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού κατά τη διάρκεια του βίου τους.
- Κλινικώς πρόκειται για νεόπλασμα αναπτυσσόμενο κυρίως κεντρικότερα της σπληνικής καμπής (σε αντίθεση με τη σποραδική μορφή της νόσου), το οποίο διαγιγνώσκεται κατά την 5η δεκαετία της ζωής (σε αντίθεση με τη σποραδική μορφή η οποία διαγιγνώσκεται κατά την 7η δεκαετία).
- Αναπτύσσονται **πλήθος εξω-κολονικών νεοπλασμάτων**

# ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ ΜΗ-ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΝΡCC

## Κριτήρια Amsterdam

**Τρεις ή περισσότεροι συγγενείς** με ιστολογικά τεκμηριωμένο καρκίνο σχετιζόμενο με ΗΝΡCC (π.χ. ΠΕ-Ο, ενδομητρίου, λεπτού εντέρου, νεφρικής πυέλου ή ουρητήρα), εκ των οποίων ο ένας είναι πρώτου βαθμού συγγενής των άλλων δύο.

ΚΑΙ

Εμφάνιση καρκίνου παχέως εντέρου και ορθού σε τουλάχιστον **2 γενεές**.

ΚΑΙ

Μία ή περισσότερες περιπτώσεις των προαναφερθέντων καρκίνων διεγνώσθησαν **πριν από την ηλικία των 50 ετών**.

# ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ ΜΗ-ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΝΡCC

- Μέλη οικογενειών οι οποίες πληρούν τα κριτήρια Amsterdam θα πρέπει να υποβάλλονται σε **γενετικό έλεγχο**.
- Γενετική δοκιμασία εκλογής αποτελεί η αναζήτηση της **microsatellite instability (MSI)** η οποία είναι θετική στο 90% των περιπτώσεων ΗΝΡCC αλλά μόνο στο 15% της σποραδικής μορφής της νόσου.
- Όλοι οι συγγενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε **κολονοσκόπηση** κάθε 1-2 έτη αρχίζοντας από την ηλικία των 25 ετών ή 5 έτη νωρίτερα από την ηλικία του νεώτερου προσβληθέντος μέλους της οικογένειας (οποιοδήποτε συνέβει πρώτο) και ετησίως μετά την ηλικία των 40 ετών

# ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΣ ΜΗ-ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΝΡCC

## Καρκίνος έσω γεννητικών οργάνων θήλεος

αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση  
τεστ Παπανικολάου  
βιοψία ενδομητρίου  
διακολπικό υπερηχογράφημα

## Καρκίνος του ουροποιητικού συστήματος

γενική ούρων  
κυτταρολογική ούρων  
υπερηχογράφημα  
κυστεοσκόπηση

## Καρκίνος στομάχου και χοληφόρων

ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού  
κυτταρολογική εξέταση από τον αυλό στομάχου και 12δακτύλου  
έλεγχος ηπατικών ενζύμων  
υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων-παγκρέατος

**Ανά 2ετία  
αρχίζοντας από  
την ηλικία  
των 30 ετών**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΟΡΘΟΥ**

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ**



# ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΟ	TNM	Dukes'	MAC
Στάδιο 0	Tis N0 M0	--	--
Στάδιο I	T1 N0 M0	A	A
	T2 N0 M0	A	B1
Στάδιο IIA	T3 N0 M0	B	B2
Στάδιο IIB	T4 N0 M0	B	B3
Στάδιο IIIA	T1-2 N1 M0	C	C1
Στάδιο IIIB	T3-4 N1 M0	C	C2/C3
Στάδιο IIIC	Tx N2 M0	C	C1/C2/C3
Στάδιο IV	Tx Nx M1	--	--

# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

- Στάδιο I
- Στάδιο II  
Στάδιο II αλλά υψηλού κινδύνου  
T4  
Χαμηλή διαφοροποίηση  
Ρήξη του όγκου  
Ατελής λεμφαδενική  
κένωση
- Στάδιο III

**ΟΧΙ** επικουρική Χ/Θ ή/και Α/Θ

**ΟΧΙ** επικουρική Χ/Θ ή/και Α/Θ

**ΝΑΙ** επικουρική Χ/Θ

**ΠΑΝΤΟΤΕ** επικουρική Χ/Θ

# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΡΘΟΥ

- Στάδιο I **ΟΧΙ** επικουρική Χ/Θ, Α/Θ
- Στάδιο II **ΝΑΙ** επικουρική Χ/Θ
- Στάδιο III **ΝΑΙ** επικουρική Χ/Θ + Α/Θ

# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕ-Ο

- Για όγκους ορθού, η ολική, αφαίρεση του μεσοορθού (**total mesorectal excision**) αποτελεί θεμελιώδους σημασίας χειρουργική τεχνική για τη βελτίωση της επιβίωσης.
- Η **λαπαροσκοπική κολεκτομή** συνιστά αποδεκτή χειρουργική τεχνική, γιατί συγκρινόμενη με την κλασική ανοικτή κολεκτομή, εμφανίζει συγκρίσιμα αποτελέσματα.
- Η σύγχρονη παρουσία ή η μετάχρονη ανάπτυξη **ηπατικών μεταστάσεων** θεωρούνται τοπικο-περιοχική νόσος και εφ' όσον ενδείκνυται η χειρουργική αφαίρεσή τους, η ηπατεκτομή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.
- Για όγκους **μέσου και κάτω τριτημορίου ορθού μεγέθους T2, T3, T4, Nx, MO**, η προεγχειρητική χορήγηση συνδιασμένης Α/Θ και Χ/Θ, αν και δεν βελτιώνει το μεσοδιάστημα ελεύθερο νόσου, το ποσοστό της τοπικής υποτροπής και τη συνολική επιβίωση, αυξάνει το ποσοστό των ασθενών οι οποίοι διατηρούν το σφιγκτηριακό μηχανισμό τους.

# ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΕ-Ο

Το παρατηρούμενο στην πενταετία  
ευνοϊκό αποτέλεσμα της επικουρικής  
χημειοθεραπείας, εξαφανίζεται στη δεκαετία.

*Smith RE, Colangelo L, Wieand HS, Begovic M, Wolmark N.  
Randomized Trial of Adjuvant Therapy in Colon Carcinoma: 10-Year  
Results of NSABP Protocol C-01.*

*J Natl Cancer Inst 2004; 96: 1128-1132.*

