

«ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (SCREENING) ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΝΤΟΚΟΥ ANNA
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ-ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ

15 ΜΑΙΟΥ 2017



ΚΑΡΚΙΝΟΣ

- ~ 10.000.000 νέες περιπτώσεις ανά έτος, παγκοσμίως
- αύξηση κατά 50% των περιπτώσεων καρκίνου την επόμενη 20-ετία
- Ο καρκίνος αντιπροσωπεύει τη δεύτερη πιο σημαντική αιτία θανάτου
 - Περίπου το 30% των θανάτων από καρκίνο οφείλονται σε 5 κύριους παράγοντες κινδύνου:
 - Υψηλός δείκτης μάζας σώματος
 - Χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών
 - Έλλειψη σωματικής άσκησης
 - Κάπνισμα
 - Χρήση αλκοόλ

Estimated New Cases*

			Males	Females			
Prostate	233,000	27%			Breast	232,670	29%
Lung & bronchus	116,000	14%			Lung & bronchus	108,210	13%
Colorectum	71,830	8%			Colorectum	65,000	8%
Urinary bladder	56,390	7%			Uterine corpus	52,630	6%
Melanoma of the skin	43,890	5%			Thyroid	47,790	6%
Kidney & renal pelvis	39,140	5%			Non-Hodgkin lymphoma	32,530	4%
Non-Hodgkin lymphoma	38,270	4%			Melanoma of the skin	32,210	4%
Oral cavity & pharynx	30,220	4%			Kidney & renal pelvis	24,780	3%
Leukemia	30,100	4%			Pancreas	22,890	3%
Liver & intrahepatic bile duct	24,600	3%			Leukemia	22,280	3%
All Sites	855,220	100%			All Sites	810,320	100%

Estimated Deaths

			Males	Females			
Lung & bronchus	86,930	28%			Lung & bronchus	72,330	26%
Prostate	29,480	10%			Breast	40,000	15%
Colorectum	26,270	8%			Colorectum	24,040	9%
Pancreas	20,170	7%			Pancreas	19,420	7%
Liver & intrahepatic bile duct	15,870	5%			Ovary	14,270	5%
Leukemia	14,040	5%			Leukemia	10,050	4%
Esophagus	12,450	4%			Uterine corpus	8,590	3%
Urinary bladder	11,170	4%			Non-Hodgkin lymphoma	8,520	3%
Non-Hodgkin lymphoma	10,470	3%			Liver & intrahepatic bile duct	7,130	3%
Kidney & renal pelvis	8,900	3%			Brain & other nervous system	6,230	2%
All Sites	310,010	100%			All Sites	275,710	100%

FIGURE 1. Ten Leading Cancer Types for the Estimated New Cancer Cases and Deaths by Sex, United States, 2014.

*Estimates are rounded to the nearest 10 and exclude basal cell and squamous cell skin cancers and in situ carcinoma except urinary bladder.

**Υπάρχουν δυνατότητες περιορισμού
του προβλήματος???**

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Η πρόληψη του καρκίνου έχει καταστεί κύριο μέσο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και τον έλεγχο του συνολικού προβλήματος.
- Η εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης μπορεί να μειώσει κατά ~30% την εμφάνιση νέων περιπτώσεων.
- Η πρόληψη επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες νοσηρότητας / θνησιμότητας σε σχέση με την θεραπεία και διαφυλάσσει αποτελεσματικά την ποιότητα ζωής

- Τι σημαίνει πρόληψη??
- Είδη πρόληψης??
- Τι είναι το screening??
- Για ποιους καρκίνους υπάρχει αποτελεσματικό screening??
- Σε ποια ηλικία θα πρέπει να αρχίζει ένας προληπτικός έλεγχος για καρκίνο στον γενικό πληθυσμό??
- Τι εξετάσεις θα πρέπει να κάνει ένας άντρας στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου για πρώιμη ανίχνευση καρκίνου??
- Τι εξετάσεις θα πρέπει να κάνει μια γυναίκα στα πλαίσια προληπτικού ελέγχου για πρώιμη ανίχνευση καρκίνου??

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Υπάρχουν 3 είδη πρόληψης:

- ❑ **Πρωτογενής πρόληψη** – στοχεύει στην πρόληψη της νόσου – π.χ εμβολιασμός, διασφάλιση καθαρού πόσιμου νερού.
- ❑ **Δευτερογενής πρόληψη** – έγκαιρη διάγνωση και άμεση παρέμβαση – π.χ προσυμπτωματικός έλεγχος στον καρκίνο
- ❑ **Τριτογενής πρόληψη** – μείωση επιπλοκών και επιπτώσεων της νόσου, δυνατότητα παράτασης επιβίωσης – π.χ έγκαιρη ανίχνευση υποτροπής σε ασθενείς με καρκίνο

ΤΙ ΕΙΝΑΙ SCREENING ?

(ή ΔΙΑΛΟΓΗ)

⇒ ανίχνευση κάποιας νόσου

πριν γίνει κλινικά αντιληπτή

⇒ σε στάδιο όπου υπάρχει δυνατότητα
θεραπευτικής παρέμβασης

ΤΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ SCREENING ?

Δεν αποτελεί μέθοδο «πρόληψης»

SCREENING ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Η ιδανική μέθοδος screening:
 - Απλή – ακίνδυνη – ανώδυνη – όχι ακριβή – με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα
 - Έλεγχος μεγάλου αριθμού ασυμπτωματικών ατόμων
 - Μείωση της σχετιζόμενης νοσηρότητας και θνησιμότητας

SCREENING ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η απόφαση για screening βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια:

- Γνώση της φυσικής ιστορίας του νεοπλάσματος
- Συχνότητα και βαρύτητα του νεοπλάσματος
- Δυνατότητα εντόπισης πριν την εκδήλωση κλινικών συμπτωμάτων
- Εξετάσεις ακίνδυνες – έγκυρες - αποδεκτό κόστος
- Δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης σε προσυμπτωματικό στάδιο που πλεονεκτεί σε σχέση με την θεραπεία της συμπτωματικής νόσου

SCREENING ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - 3

- **Ενδείκνυται κυρίως για:**

Ca μαστού

Ca παχέος εντέρου

Ca τραχήλου μήτρας

Ca πνεύμονα

Ca προστάτη (;)

Μελάνωμα

SCREENING TOY KAPKINOY ΜΑΣΤΟΥ

Επιδημιολογία καρκίνου μαστού

- Συχνότερος καρκίνος στο γυναικείο πληθυσμό
- 2^η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο
- 1^η αιτία θανάτου σε γυναίκες 40-49 ετών
- 27% όλων των καρκίνων στις γυναίκες
- Θνησιμότητα: έχει μειωθεί κυρίως μετά την είσοδο της μαστογραφίας στο Screening

Επιδημιολογία Ελλάδα

- 4.000 νέες περιπτώσεις ετησίως
- 1200 θάνατοι ετησίως
- Μεγάλη αύξηση τα τελευταία 20 χρόνια
- Κάθε 1 εργάσιμη ώρα διαγιγνώσκεται ακόμα μία ελληνίδα με καρκίνο μαστού
- Κάθε 6 ώρες πεθαίνει μία ελληνίδα από καρκίνο μαστού
- Γυναίκες/αντρες: 100/1

ΕΠΙΒΙΩΣΗ

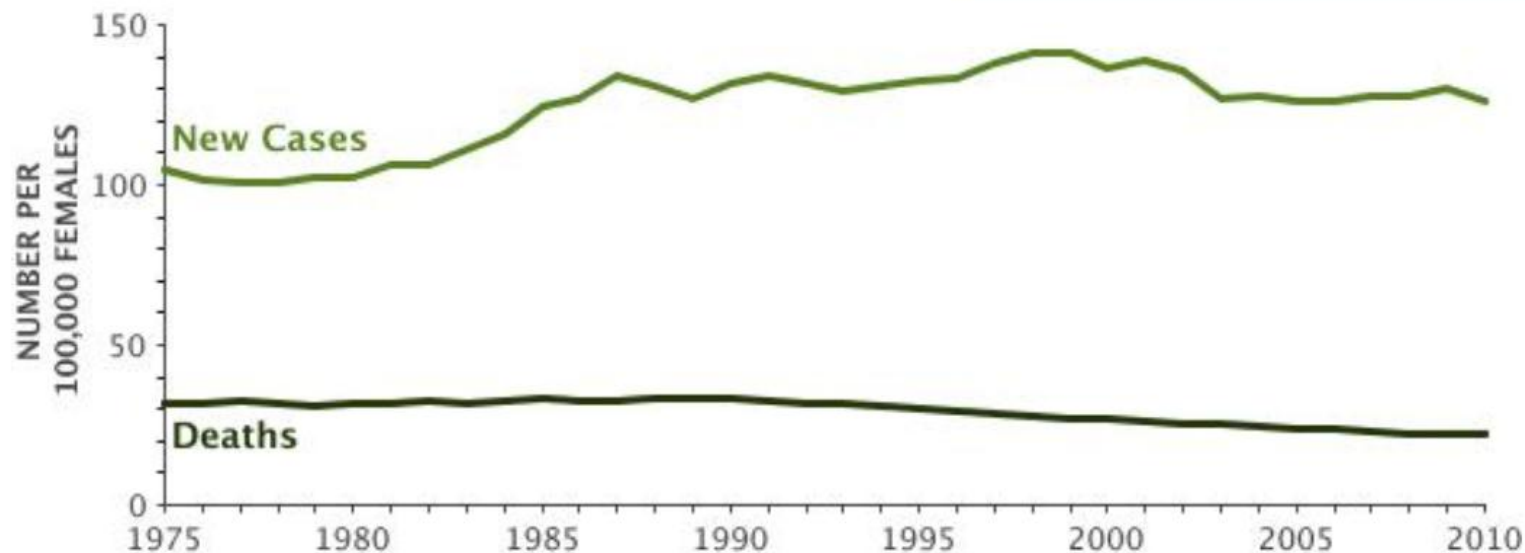
TABLE 1: Survival of women with breast cancer, according to stage, without chemotherapy

Stage	Survival rate at 8 years (%)
I	90
II	70
III	40
IV	10

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

New Cases, Deaths and 5-Year Relative Survival

[View Data Table](http://seer.cancer.gov/breast.html) (<http://seer.cancer.gov/breast.html>)



Year	1975	1980	1985	1989	1993	1997	2001	2005
5-Year Relative Survival	75.2%	74.9%	78.4%	84.3%	85.7%	88.4%	89.5%	90.5%

SEER 9 Incidence & U.S. Mortality 1975-2010, All Races, Females

Η ΑΥΞΗΣΗ ΣΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΠΙΘΑΝΟΤΑ:

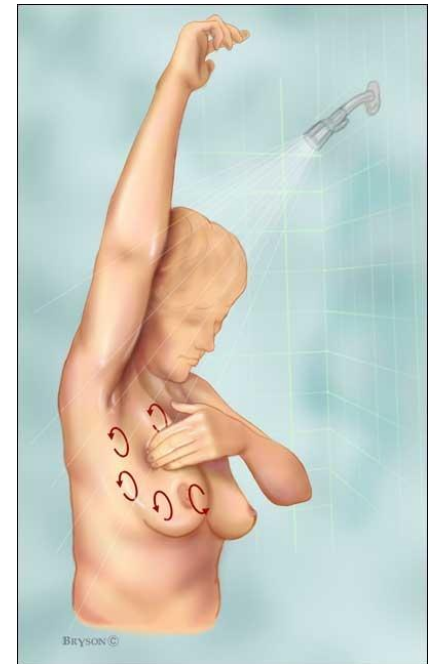
- SCREENING
- ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Τρόποι screening για Ca μαστού

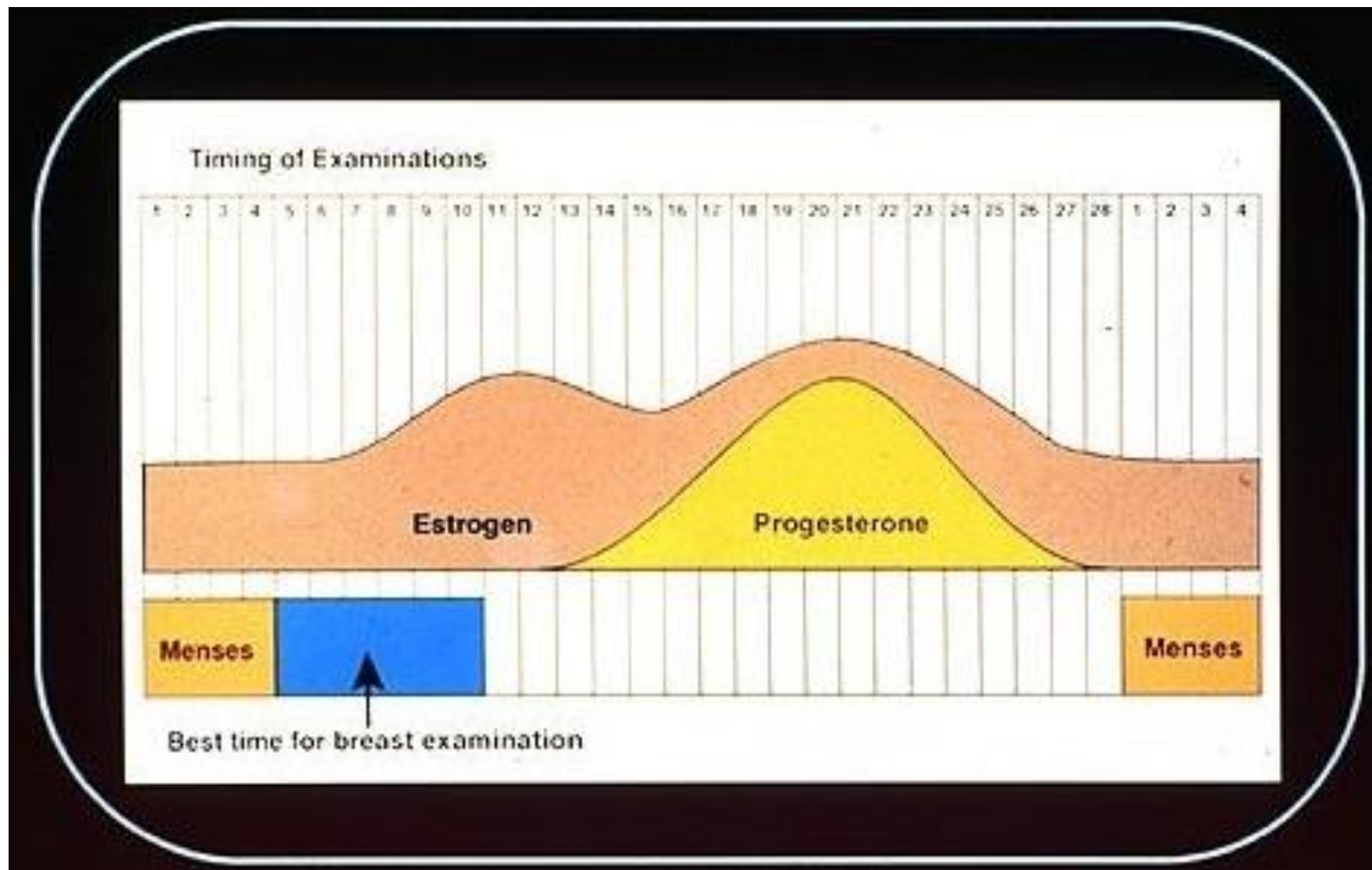
- Αυτοεξέταση μαστού
 - Κλινική εξέταση από γιατρό
 - Μαστογραφία
 - Μαγνητική τομογραφία
- ❖ Υπέρηχος μαστού : συμπληρωματική εξέταση
και όχι μέθοδος screening

1) Αυτοεξέταση

- Εξέταση απλή και χωρίς κόστος
- Εξαιρετικά χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα
- Δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας
- Οδηγεί σε αύξηση βιοψιών και ανίχνευση καλόηθων καταστάσεων



Πότε πρέπει να γίνεται??



American Cancer Society (ACS)

- Μπορεί να ξεκινάει στην ηλικία των 20 ετών
- Ενημέρωση για τους περιορισμούς της αυτοεξέτασης
- Οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν να μην κάνουν αυτοεξέταση ή να κάνουν σε τακτικά ή μη τακτικά χρονικά διαστήματα

❖ Στις περισσότερες εταιρείες αντικαθίσταται πλέον με οδηγία για αναφορά οποιασδήποτε αισθητής μεταβολής στο μαστό

2) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ (CBE – Clinical Breast examination)

➤ ACS guidelines για τον γενικό πληθυσμό (μέσου κινδύνου):

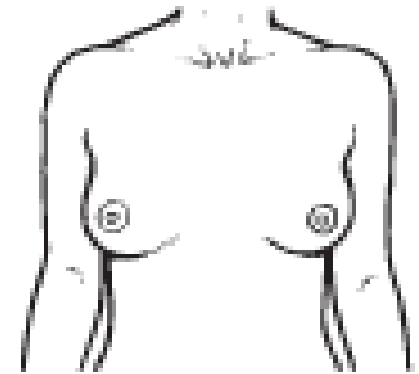
- ☑ Πρέπει να ξεκινά από την ηλικία των 20 ετών και να γίνεται κάθε 3 χρόνια μέχρι την ηλικία των 40 ετών.
- ☑ Στη συνέχεια και μετά την ηλικία των 40, να γίνεται ετησίως (κοντά / πριν τη μαστογραφία).

❖ Άλλες εταιρείες την συστήνουν παράλληλα με την μαστογραφία ενώ κάποιες άλλες θεωρούν ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να κάνουν κάποια σύσταση

Κλινική εξέταση Μαστού

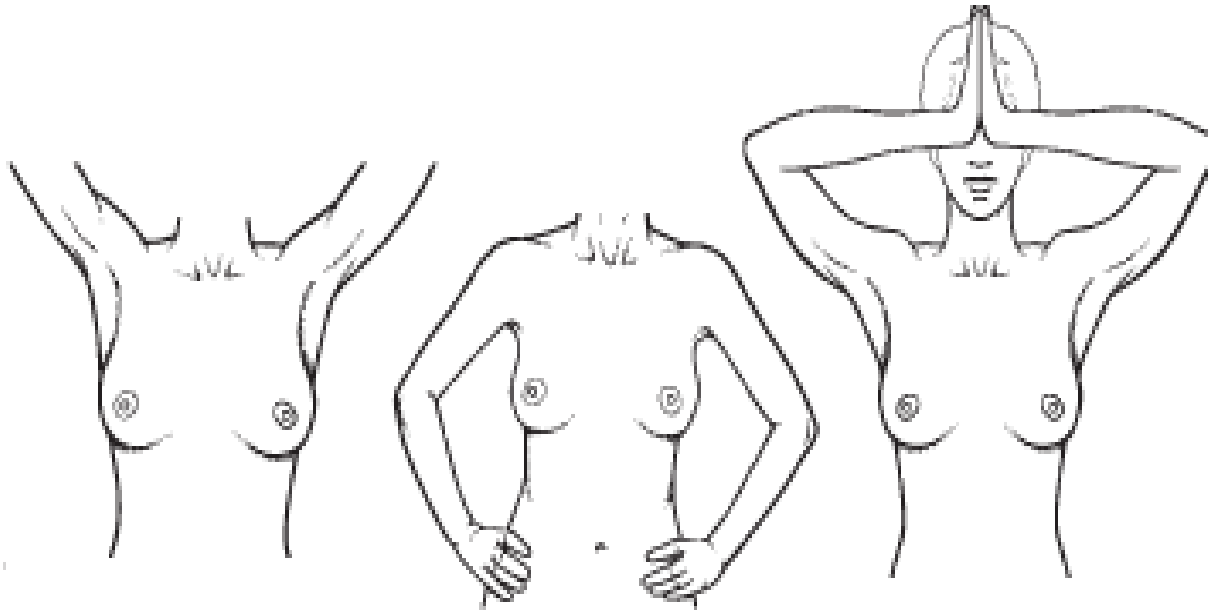
Επισκόπηση

- Ασυμμετρία
- Εμφανείς μάζες
- Οίδημα
- Ερυθρότητα
- Εισολκή ή Εξέλκωση δέρματος μαστού και θηλής



Κλινική εξέταση Μαστού

Επισκόπηση

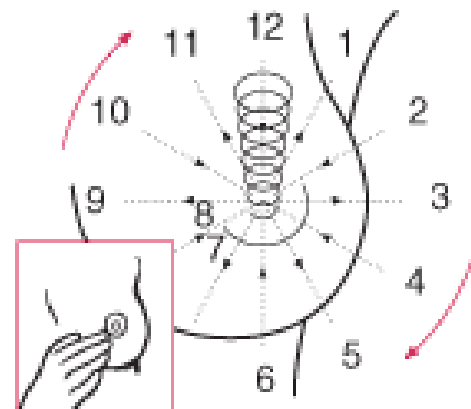
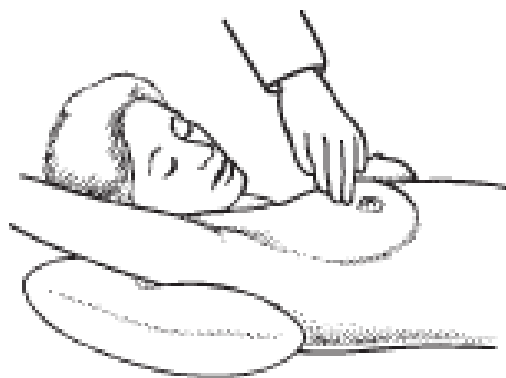


- Καθήλωση του αδένα στο θωρακικό τοίχωμα

Κλινική εξέταση Μαστού

Ψηλάφηση

- Ευαισθησία
- Θερμοκρασία
- Σκληρίες ή Οζίδια



Οζίδια

- Μέγεθος
- Όρια
- Σύσταση καθήλωση σε γύρω ιστούς

Κλινική εξέταση Μαστού Μασχάλη- Υπερκλείδιος βόθρος

Ψηλαφητοί Λεμφαδένες

- Μέγεθος
- Κινητικότητα
- Ευαισθησία
- Συμφύσεις μεταξύ τους και με γύρω ιστούς



Κλινική εξέταση- Συμπεράσματα

- Ανιχνεύει 60% περιπτώσεων που ανιχνεύονται με τη μαστογραφία και περιπτώσεις που η μαστογραφία αδυνατεί.
- Ανιχνεύονται κατά μέσο όρο όγκοι διαμέτρου 2.1cm. Σε 27% ήδη υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες
- Πρόβλημα η πλημμελής εφαρμογή της απαιτούνται τουλάχιστον 3 min / μαστό και συγκεκριμένο πρότυπο ψηλάφησης

3)Μαστογραφία



**Ειδική ακτινογραφία
χαμηλής δόσης
(0,2-0,3 r ανά λήψη)**

**Δυνατή η ανακάλυψη
Ca 2-4 χρόνια
πριν γίνει ψηλαφητό**

**Καλύτερα να γίνεται την
7^η -10^η μέρα του
κύκλου**

Μαστογραφία

- Αποτελεί την ευρύτερα αποδεκτή μέθοδο
- Ευαισθησία 80-95%
- Ειδικότητα 93-95%
- Όχι υπερβολικό κόστος
- Αντικρουόμενες απόψεις για την ηλικία έναρξης, τερματισμού και τη συχνότητα εφαρμογής

- Σε ποια ηλικία πρέπει να ξεκινάει ο έλεγχος με μαστογραφία στον γενικό πληθυσμό??
- Σε ποια ηλικία πρέπει να σταματάμε τον έλεγχο??

Probability of Developing Breast Cancer

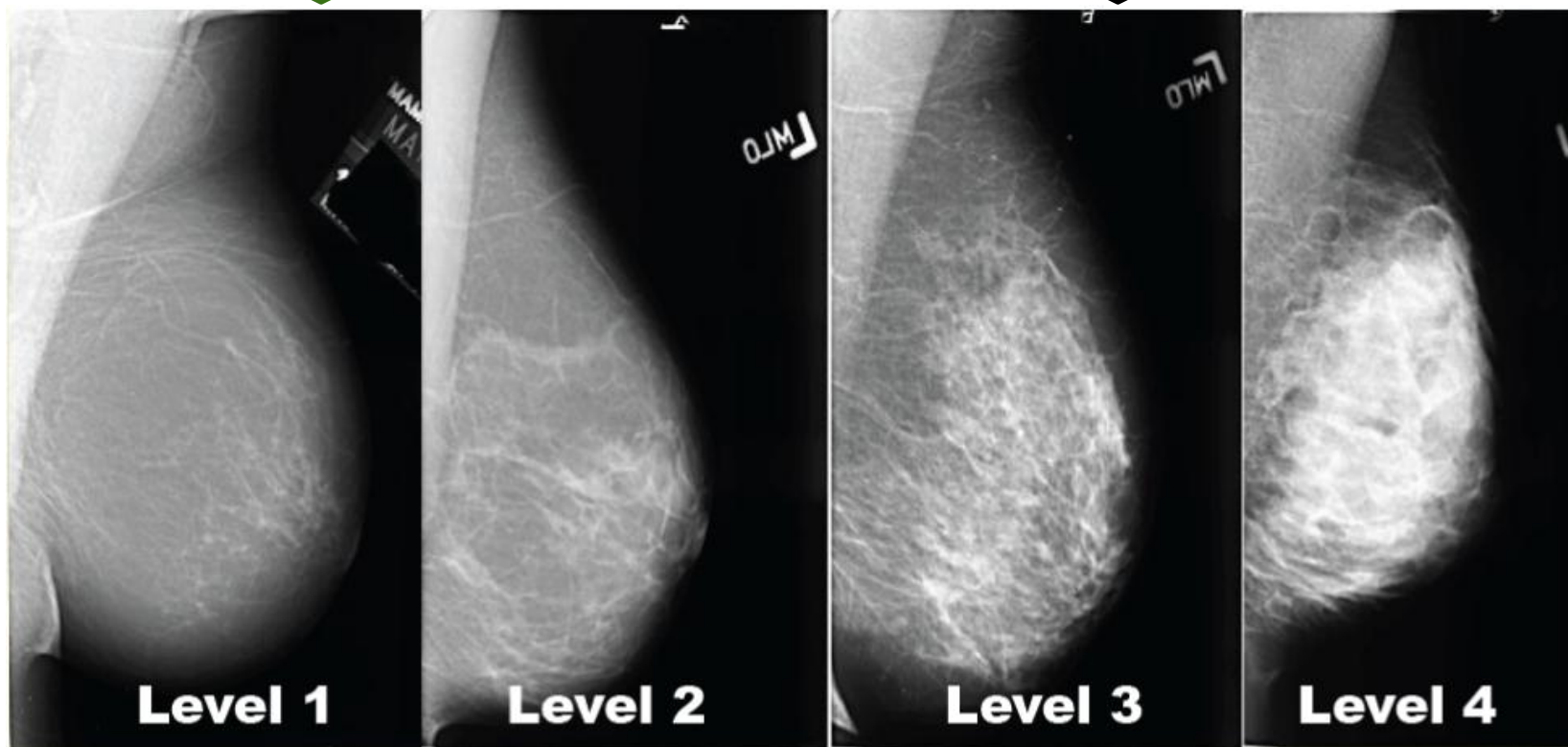
by age 30	1 in 2,212
by age 40	1 in 235
by age 50	1 in 54
by age 60	1 in 23
by age 70	1 in 14
by age 80	1 in 10
Ever	1 in 8

Source: Feuer EJ, Wun LM. DEVCAN: Probability of Developing or Dying of Cancer. Version 4.0. Bethesda MD: National Cancer Institute 1999.

Μαστογραφία

ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ

ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΔΕΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΣΤΡΩΜΑΤΟΣ



Έχει υπολογισθεί ότι πρέπει να ελεγχθούν

500 – 1800 γυναίκες 40 ετών

Για να αποφευχθεί ένας θάνατος

Μετά από 14 – 20 έτη

Συστάσεις ASC για την μαστογραφία (2015)

- Έναρξη στα 45έτη ανά έτος
- Μετά τα 55έτη ανά διετία
- Χωρίς παράλληλη κλινική εξέταση μαστού

❖ Άλλες εταιρείες συστήνουν:

1) έναρξη στα 50,ετησίως 50-69ετών

2) Έναρξη πριν τα 50έτη κατόπιν ενημέρωσης της ασθενούς, ανά διετία 50-74έτη

....αλλά

- Ανεπαρκής σε μικρές ηλικίες (< 40 ετών)
- Εσφαλμένα θετικά αποτελέσματα (0.9-6.5%)
- Άσκοπες βιοψίες
- Ψυχολογική επιβάρυνση
- Κίνδυνος εσφαλμένου εφησυχασμού

➤ Η εύρεση καρκίνων σε πρόωρη φάση δεν εγγυάται ότι ο όγκος θα είναι ιάσιμος

4)Μαγνητική τομογραφία

- Μεγαλύτερη ευαισθησία από την μαστογραφία αλλά πιο ακριβή και δεν έχει αποδειχτεί όφελος επιβίωσης στον γενικό πληθυσμό
- Για screening ατόμων υψηλού κινδύνου πχ φορείς μεταλλάξεων BRCA1/BRCA2 που τείνουν να εμφανίσουν καρκίνο σε μικρότερες ηλικίες όπου η μαστογραφία είναι λιγότερο ευαίσθητη /ετησίως από την ηλικία των 25ετών
- Επίσης σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς
- Ανίχνευση πολυεστιακού/πολυκεντρικού καρκίνου
- Σε περιπτώσεις μετάστασης σε λεμφαδένες χωρίς να αναδεικνύεται νόσος στη μαστογραφία

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Εξέταση δεύτερης εκλογής,
συμπληρωματική

Χρήσιμη:

σε νεαρές γυναίκες

σε εγκυμονούσες ή θηλάζουσες

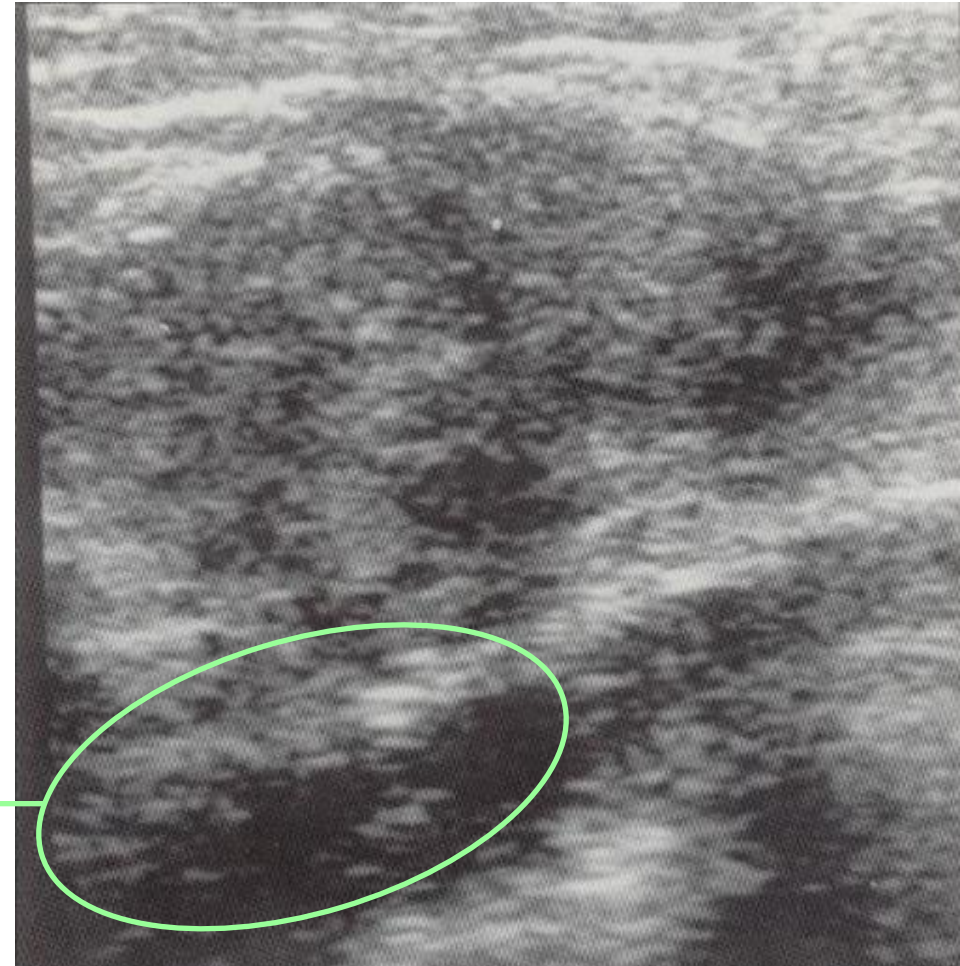
στο διαχωρισμό συμπαγών από

κυστικές διογκώσεις

σε ψηλαφητές μάζες στην

περιφέρεια του μαστού που δεν
διακρίνονται στη
μαστογραφία

Υποηχογενής, συμπαγής
και ετερογενής ζώνη
με ανώμαλα όρια



ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΠΟΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Breast Cancer Screening in Average Risk Women: ACS (2003); USPSTF (2009)

Recommendation	ACS	USPSTF
Breast Self Exam (BSE)	Not recommended	Against clinicians teaching BSE (D)
Clinical Breast Exam (CBE)	Ages 20-39: Every 3 yrs. Ages 40+: Annual	Insufficient evidence (I)
Mammography	Ages 40+: Annual End screening when curative therapy would not be offered due to life-limiting co-morbidity	Against routine screening in women ages 40-49 (C) Ages 50-74: Biennial (B) Ages 75+ : <i>Routine</i> screening not recommended (C) Ages 85+ Not recommended (D)

SCREENING ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

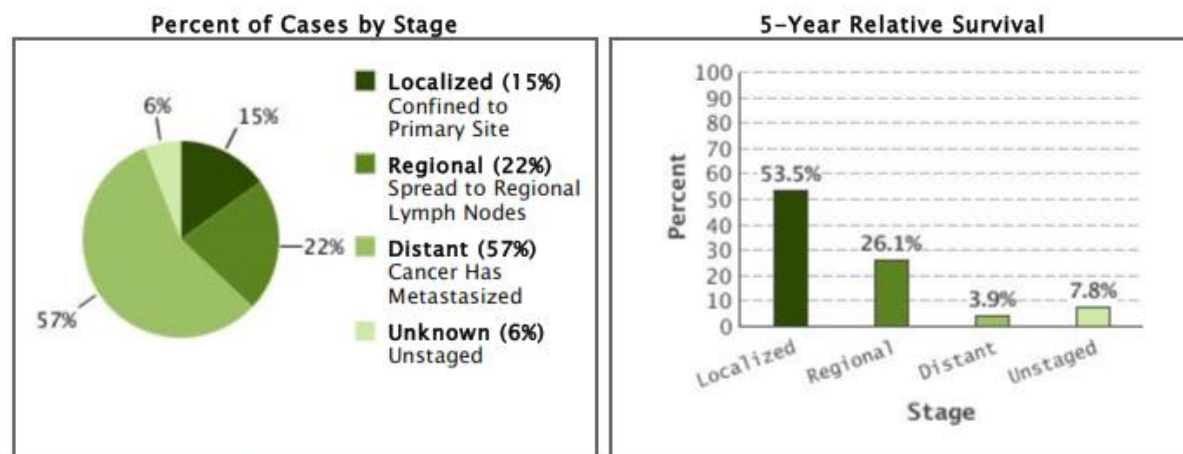
- Κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες
- Οι θάνατοι υπερβαίνουν το σύνολο θανάτων από καρκίνο μαστού, προστάτη και παχέος εντέρου
- Το 85-90% των περιπτώσεων οφείλονται στο κάπνισμα
- Η διάμεση ηλικία κατά τη διάγνωση ~ 70 έτη
- Συνολικά, η 5-ετής επιβίωση ασθενών δεν υπερβαίνει το 15%-16%



Based on data from SEER 18 2003–2009. Gray figures represent those who have died from lung and bronchus cancer. Green figures represent those who have survived 5 years or more.

- ✓ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΠΟΥ ΕΠΙΖΟΥΝ ≥ 5 ΕΤΗ

Percent of Cases & 5–Year Relative Survival by Stage at Diagnosis: Lung and Bronchus Cancer



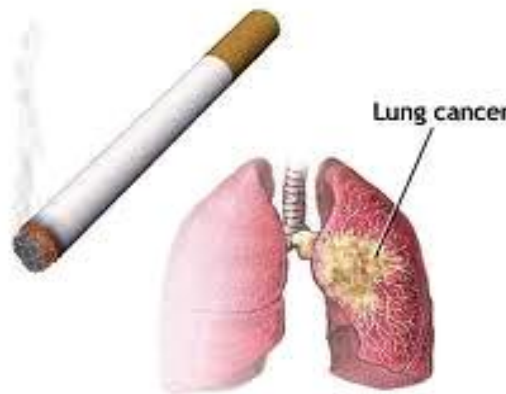
SEER 18 2003–2009, All Races, Both Sexes by SEER Summary Stage 2000

- ✓ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΣΤΑΔΙΟΥ &
- ✓ ΣΧΕΤΙΚΗ 5ΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Καρκίνος Πνεύμονα – Κάπνισμα

- Η σχέση καπνίσματος-καρκίνου πνεύμονα: η **πιο καλά τεκμηριωμένη σχέση περιβαλλοντικού παράγοντα με ανθρώπινο καρκίνο**
- **Παγκόσμια επιδημία** που έχει κορυφωθεί στον ανεπτυγμένο κόσμο, αλλά αναμένεται αύξηση στον αναπτυσσόμενο και στις γυναίκες

85% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα σχετίζονται με το κάπνισμα



ADAM



ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ: ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

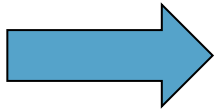
- ✓ Η συντριπτική πλειοψηφία του καρκίνου του πνεύμονα προκαλείται από το κάπνισμα, και η διακοπή του καπνίσματος πάντα θα έχει ένα πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο για τους θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα από ό, τι οποιαδήποτε μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου.



Κλινικά περιστατικά

- 1)** Άντρας 50 ετών στο αγροτικό ιατρείο, που δεν έχει καπνίσει ποτέ, χωρίς συμπτώματα ,ζητάει να του συνταγογραφήσετε Ro θώρακος. Πως το χειρίζεστε??
- 2)** Αν ο ίδιος άντρας είναι βαρύς καπνιστής αλλά ασυμπτωματικός??
- 3)** Αν ο παραπάνω άντρας δεν έχει καπνίσει ποτέ, και δεν έχει κάποιον άλλο επιβαρυντικό παράγοντα για καρκίνο πνεύμονα αλλά παραπονιέται για έντονο ξηρό βήχα από 2μήνου χωρίς ωστόσο ακροαστικά ευρήματα??

Ακτινογραφία θώρακος ως screening στον καρκίνο πνεύμονα



Καμία διαφορά στην επιβίωση

- ❖ 4 τυχαιοποιημένες μελέτες στο παρελθόν
- ❖ Επιβεβαιώθηκε πρόσφατα και από την PLCO trial

Άλλοι μέθοδοι που έχουν δοκιμαστεί χωρίς αποτέλεσμα

- Κυτταρολογική πτυέλων (ειδικότητα >90% αλλά χαμηλή ευαισθησία)
- Ανίχνευση βιολογικών δεικτών στα πτύελα (hnRNP A2/B1, P53, μεθηλιωμένα γονίδια, Microsatellite alterations)
- Φθορίζουσα βρογχοσκόπηση
- Εκπνεόμενοι βιοδείκτες (VOCS)

ΜΕΛΕΤΗ NLST (National Lung Screening Trial)

- Προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη
- 53.454 άτομα
- Ηλικία 55-74 ετών
- Καπνιστές >30py
- Πρώην καπνιστές <15χρόνια
- LDCT VS Rō θώρακος ετησίως για 3 χρόνια
- Follow up για 8 έτη

Αποτελέσματα μελέτης NLST

- 20% ελάττωση της θνητότητας από καρκίνο πνεύμονα
- 6.7% ελάττωση της συνολική θνητότητας
- 320 άτομα πρέπει να υποβληθούν σε screening για την αποφυγή ενός θανάτου από καρκίνο πνεύμονα
- Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν σε πρόωρο κλείσιμο της μελέτης
- Ο έλεγχος δεν υποκαθιστά τη διακοπή καπνίσματος
- ✓ Άγνωστη η βέλτιστη συχνότητα και διάρκεια του ελέγχου

Σημείωση: η CT απέτρεψε ~ 80 θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα στα 6 χρόνια.

*pack-years = ο αριθμός των πακέτων των τσιγάρων που καπνίζονταν ημερησίως επί τον αριθμό των ετών που ένα άτομο έχει καπνίσει

Κατευθυντήριες οδηγίες (IASLC, ASCO, ACCP, ACS)

- LDCT θώρακος ετησίως σε υψηλού κινδύνου άτομα :

- 55-74 ετών
- Καπνιστές >30py
- Πρώην καπνιστές με διακοπή <15έτη

❖ Ωστόσο υπάρχουν και κάποιες εταιρείες που δεν την έχουν συμπεριλάβει στις συστάσεις τους

SCREENING ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΟΡΘΟΚΟΛΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (CRC) – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος σε άνδρες και γυναίκες
- Η θνησιμότητα από CRC ελαττώνεται προοδευτικά πιθανόν λόγω:
 - ✓ της πρώιμης διάγνωσης μέσω του πληθυσμιακού ελέγχου (screening)
 - ✓ της βελτίωσης της θεραπευτικής αντιμετώπισης (χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ CRC

✱ Σποραδικός τύπος: 70%

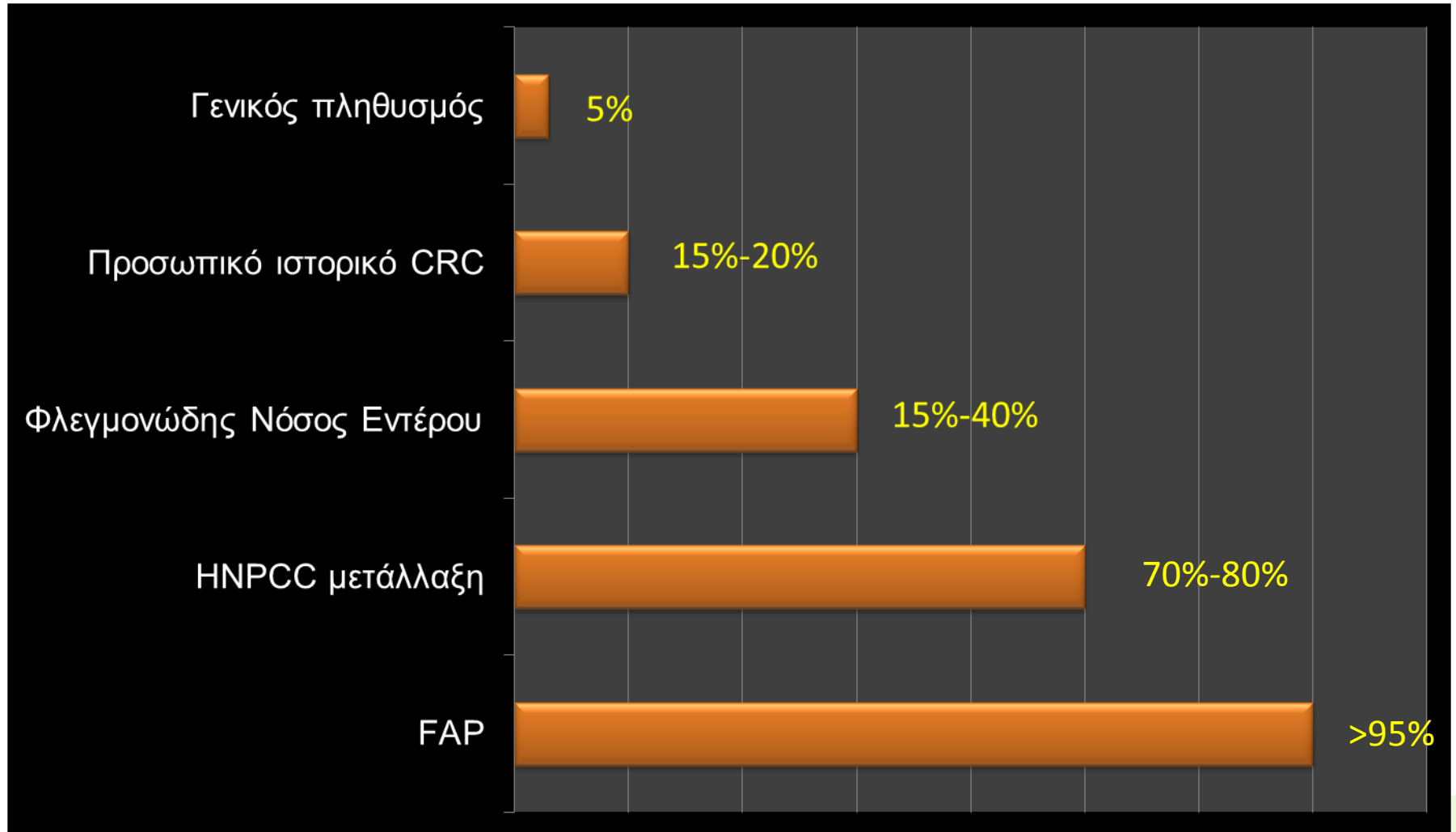
✱ Κληρονομικός τύπος: $\approx 5\%$

✱ Οικογενής τύπος: 25%

Σποραδικός τύπος:

- Όχι οικογενειακό ιστορικό
- 70% όλων των CRCs
- Περισσότερο συχνός > 50 ετών
- Διαιτητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες
κινδύνου

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ CRC



Lifetime risk (%)

Συστάσεις ACS για screening παχέος εντέρου στον γενικό πληθυσμό

- Αναζήτηση λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα (Focal Occult Blood Test-FOBT) ή ανοσοιστοχημικός έλεγχος κοπράνων προτιμότερος: ετησίως μετά τα 50έτη
- Σιγμοειδοσκόπηση: κάθε 5έτη από 50ετών
- Κολονοσκόπηση : κάθε 10έτη από 50ετών
- CT κολονοσκόπηση: κάθε 5έτη από 50ετών
- Βαριούχος υποκλεισμός διπλής σκιαγραφησης: κάθε 5έτη από 50ετών
- Δακτυλική εξέταση: δεν συνίσταται

Άλλες συστάσεις συνεχώς προκύπτουν..

- Ενδοσκοπικές τεχνικές προτιμότερες έναντι εξετάσεων κοπράνων γιατί ανιχνεύουν κακοήθειες αλλά και πολύποδες
- Όχι επαρκή στοιχεία για CT κολονοσκόπηση

❖ Κολονοσκόπηση ή Σιγμοειδοσκόπηση???

- ❖ Αν ευρήματα στην σιγμοειδοσκόπηση θα πρέπει να γίνεται και κολονοσκόπηση
- ❖ Καλύτερη η κολονοσκόπηση σε άτομα υψηλού κινδύνου

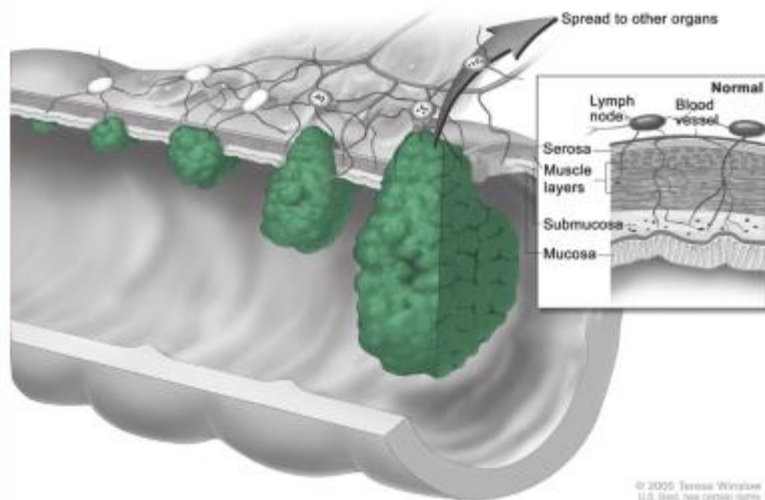
Screening για άτομα με αυξημένο κίνδυνο για Ca παχέος εντέρου (III)

HIGH RISK			
Familial adenomatous polyposis (FAP) diagnosed by genetic testing, or suspected FAP without genetic testing	Age 10 to 12	Yearly flexible sigmoidoscopy to look for signs of FAP; counseling to consider genetic testing if it hasn't been done	If genetic test is positive, removal of colon (colectomy) should be considered.
Hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC), or an increased risk of HNPCC based on family history without genetic testing	Age 20 to 25 years, or 10 years before the youngest case in the immediate family	Colonoscopy every 1 to 2 years; counseling to consider genetic testing if it hasn't been done	Genetic testing should be offered to first-degree relatives of people found to have HNPCC mutations by genetic tests. It should also be offered if 1 of the first 3 of the modified Bethesda criteria is met. ¹
Inflammatory bowel disease -Chronic ulcerative colitis -Crohn's disease	Cancer risk begins to be significant 8 years after the onset of pancolitis (involvement of entire large intestine), or 12 to 15 years after the onset of left-sided colitis	Colonoscopy every 1 to 2 years with biopsies for dysplasia	These people are best referred to a center with experience in the surveillance and management of inflammatory bowel disease.

If you're age 50 or older, Get Screened for Colon Cancer.

Do It for You. Do It for Your Family.

Figure 2. Colorectal Cancer Growth



TRUE or FALSE?

Colorectal cancer is the 2nd leading cancer killer.

TRUE FALSE

Both men and women get colorectal cancer.

TRUE FALSE

Colorectal cancer often starts with no symptoms.

TRUE FALSE

You can stop this cancer before it starts.

TRUE FALSE

Testing for colorectal cancer can save your life.
Screening tests can find precancerous polyps so they can be removed before they turn into cancer. Screening can also find colorectal cancer early, when treatment is most effective. Talk to your doctor and Screen for Life.



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention

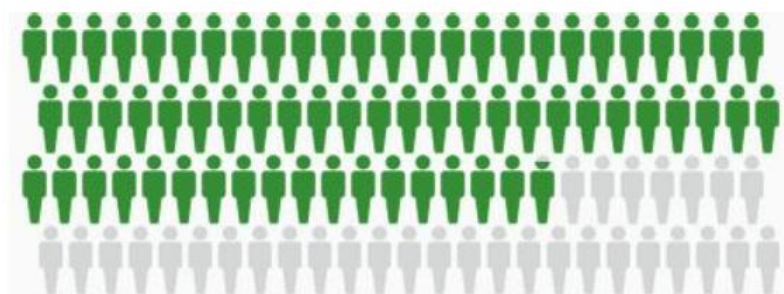


1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) • www.cdc.gov/screenforlife

SCREENING ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- Ο 4^{ος} πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Ενοχοποιείται ο ιός HPV (οι τύποι 16 και 18 προκαλούν 70% των καρκίνων).
- Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, κορυφώνονται γύρω στα 50.
- Η νόσος μπορεί να προληφθεί και να θεραπευθεί εάν διαγνωσθεί σε πρώιμο στάδιο.
- Την τελευταία 50-ετία έχουμε 70% ελάττωση της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας λόγω του τεστ Παπανικολάου

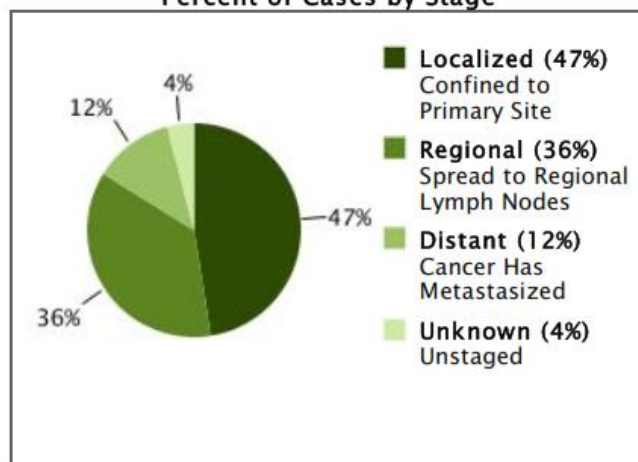


Based on data from SEER 18 2003–2009. Gray figures represent those who have died from cervix uteri cancer. Green figures represent those who have survived 5 years or more.

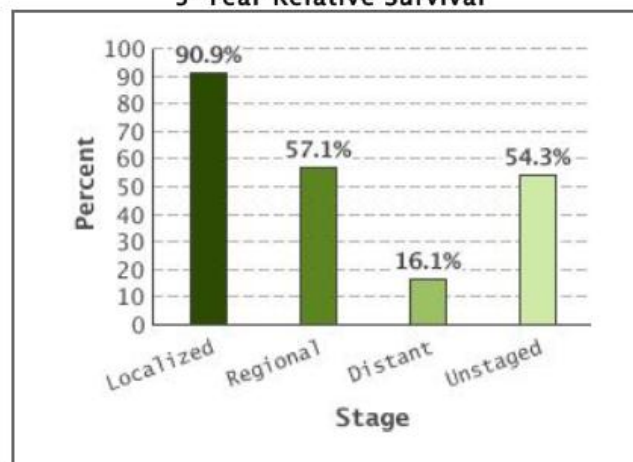
- ✓ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΖΟΥΝ ≥ 5 ΕΤΗ

Percent of Cases & 5-Year Relative Survival by Stage at Diagnosis: Cervix Uteri Cancer

Percent of Cases by Stage



5-Year Relative Survival



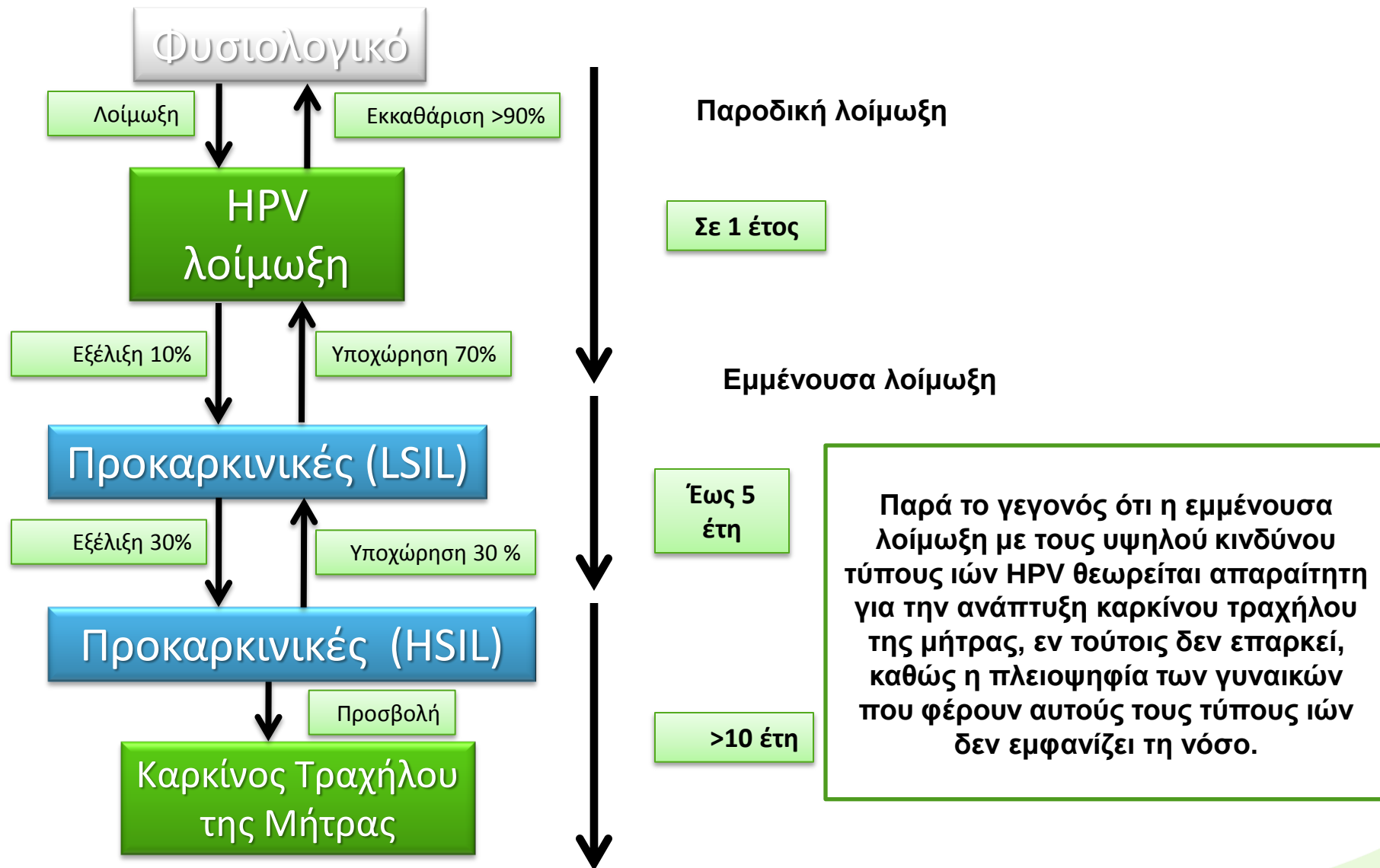
- ✓ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΟΥ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΣΤΑΔΙΟΥ &
- ✓ ΣΧΕΤΙΚΗ 5ΕΤΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

SEER 18 2003–2009, All Races, Females by SEER Summary Stage 2000

Η κύρια μέθοδος που γίνεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι: 1) το τεστ Παπανικολάου (Pap Test) παρόλο που δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες και 2) το HPV DNA test



ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΗΡΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ



1. Koutsky, Am J Med 1997.
2. Feoli-Fonseca et al. J med Virol 2001.
3. Liaw et al. JNCI 1999.
4. Clifford et al. Int Papillomvirus Conference 2004.
5. Globocan 2000.
6. Sawaya et al. NEJM 2003.
7. Mark Schiffman J Natl Cancer Inst Monogr 2003.

LSIL (Low grade Squamous Intraepithelial Lesion – χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου)

HSIL (High grade Squamous Intraepithelial Lesion – υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση πλακώδους επιθηλίου)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΟΓΚΟΓΟΝΙΚΟΥ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ HPV

Υπάρχουν >100 διαφορετικοί τύποι HPV. >30 συνδέονται με λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων. Με βάση την ικανότητα ογκογόνου μετασχηματισμού διακρίνονται σε τύπους HPV “υψηλού” και “χαμηλού» κινδύνου

Υψηλού κινδύνου (HR)	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82
Χαμηλού κινδύνου (LR)	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

- ✓ Οι υψηλού κινδύνου ανιχνεύονται κυρίως σε υψηλού βαθμού CIN και σε διηθητικό καρκίνο. **99% όλων των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας οφείλονται σε μόλυνση με τον ιό HPV.**
- ✓ Οι τύποι **HPV16 and 18**, ευθύνονται για περισσότερο από **70%** των περιπτώσεων **καρκίνου τραχήλου της μήτρας**, με τον τύπο 16 να εμφανίζει τη μεγαλύτερη ικανότητα ογκογόνου μετασχηματισμού.
- ✓ Οι τύποι χαμηλού κινδύνου, όπως ο HPV6 και ο HPV11, συνδέονται με την εμφάνιση οξυτενών κονδυλωμάτων και χαμηλού βαθμού πλακώδους ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (LSIL).
- ✓ Οι τύποι του ιού HPV εμφανίζουν μεγάλη γεωγραφική κατανομή, με κυρίαρχο τύπο σε όλες τις περιοχές τον HPV-16

ΝΕΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ (ACS / ASCCP / ASCP)

- Ο προσυμπτωματικός έλεγχος αρχίζει στην ηλικία των 21 ετών
 - ✓ Γυναίκες <21 ετών δεν πρέπει να υποβάλλονται σε screening, ανεξάρτητα από την ηλικία έναρξης σεξουαλικής πράξης.
- **Screening για τις ηλικίες 21 - 29 ετών**
 - ✓ PAP test κάθε 3 χρόνια
 - ✓ HPV test δεν πρέπει να χρησιμοποιείται (ούτε ως co-testing, ούτε μόνο του)
- **Screening για τις ηλικίες 30 - 64 ετών**
 - ✓ Κυτταρολογία (PAP test) μαζί με HPV testing (co-testing) κάθε 5 έτη προτιμάται.
 - ✓ Κυτταρολογία από μόνη της κάθε 3 χρόνια είναι αποδεκτή.

ΠΟΤΕ ΔΙΑΚΟΠΤΕΤΑΙ ΤΟ SCREENING?

- Μπορεί να διακοπεί στην ηλικία των 65 για γυναίκες με:
 - ✓ 3 ή περισσότερα συνεχόμενα αρνητικά PAP tests και
 - ✓ Φυσιολογικό τεστ τα τελευταία δέκα χρόνια
- Διακοπή μετά από ολική υστερεκτομή

CIN= Cervical Intraepithelial Neoplasia
AIS= Adenocarcinoma in situ

SCREENING ↔ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

- ➡ Ο εμβολιασμός δεν υποκαθιστά το screening.
- ➡ Όταν οι έφηβες, που έχουν εμβολιαστεί για τον ιό HPV, φθάσουν σε ηλικία διαλογής για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας, δεν θα πρέπει να εφαρμοστούν διαφορετικές στρατηγικές (π.χ. διαστήματα επανεξέτασης).

Πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας:
Ο συνδυασμός πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης



Ο συνδυασμός εμβολιασμού έναντι HPV και κυτταρολογικού έλεγχου, συνιστά την αποτελεσματικότερη στρατηγική κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Ίσως το μεγαλύτερο κέρδος στην μείωση του ποσοστού επίπτωσης και θανάτου από το καρκίνο τραχήλου μήτρας, θα μπορούσε να επιτευχθεί, αυξάνοντας το ποσοστό πρόσβασης στο screening (ανεξάρτητα του test που χρησιμοποιείται) μεταξύ των γυναικών που σπάνια υποβάλλονται ή ποτέ δεν υποβάλλονται στο screening.

SCREENING ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Καρκίνος του Προστάτη - Επιδημιολογία

- Ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες.
(~ 20% των ανδρών θα προσβληθούν κατά τη διάρκεια της ζωής τους)
- Η 2^η αιτία θανάτου από νεοπλασία στους άνδρες μετά τον Ca πνεύμονα.
- Κατά κανόνα είναι νόσημα της τρίτης ηλικίας.
(80% των περιπτώσεων αφορά άνδρες > 65 ετών)
- Συχνά διαδράμει χωρίς να γίνει κλινικά εμφανής και πολλοί άνδρες καταλήγουν από άλλα αίτια πριν ο καρκίνος του προστάτη γίνει κλινικά προχωρημένος.

Screening Καρκίνου του Προστάτη μέχρι πρόσφατα

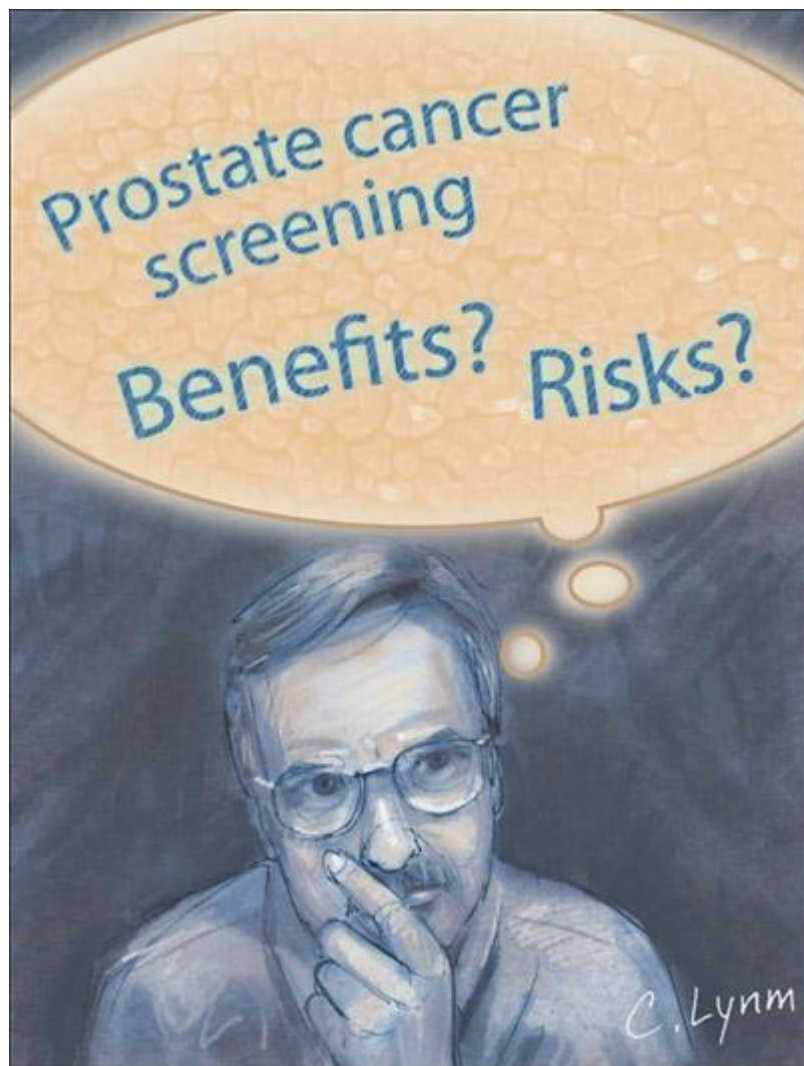
- ❖ PSA + δακτυλική εξέταση προστάτη ανά έτος μετά την ηλικία των 50 ετών σε άνδρες με προσδόκιμο επιβίωσης ≥ 10 ετών.
- ❖ Σε άνδρες υψηλού κινδύνου έναρξη του ελέγχου σε ηλικία 45 ετών.

.....αλλά!!!!

- ❖ Υπάρχει κίνδυνος υπερδιάγνωσης:
- ❖ Ανίχνευση μέσω screening της νόσου που διαφορετικά ουδέποτε θα γινόταν κλινικά σημαντική – εμφανής.
- ❖ Δεν μπορεί να διαχωρίσει τις πιο επιθετικές μορφές καρκίνου του προστάτη
- ❖ Άρα: ενημέρωση του υποψήφιου για screening πληθυσμού για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα.

SCREENING ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (AMERICAN CANCER SOCIETY)

- ✓ Η συζήτηση θα πρέπει να γίνεται στα 50 χρόνια σε άνδρες με προσδόκιμο επιβίωσης > 10 χρόνια
- ✓ Σε άνδρες υψηλού κινδύνου στα 45 χρόνια
 - Αφροαμερικανοί
 - Πρώτου βαθμού συγγενής με Ca προστάτου <65 ετών
- ✓ Απόφαση μετά από συζήτηση με το γιατρό σχετικά με τα οφέλη και τον κίνδυνο του screening



SCREENING ΓΙΑ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

ΜΕΛΑΝΩΜΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- Το μελάνωμα αποτελεί το 4% του συνόλου των καρκίνων
- Το μελάνωμα είναι ο πιο επιθετικός καρκίνος του δέρματος και προκαλεί περίπου το 75% του συνόλου των θανάτων που οφείλονται σε νεοπλασίες του δέρματος.
- Η επίπτωση και η θνησιμότητα της νόσου αυξάνει σε πολλές χώρες του κόσμου με συχνότητα 3-7% ταχύτερα από κάθε άλλο τύπο καρκίνου.
- Το 30-40% ανπτύσσονται στο έδαφος ενός προυπάρχοντος μελανοκυτταρικού σπίλου, τα υπόλοιπα εμφανίζονται de novo
- Η πρώιμη διάγνωση της νόσου και η χειρουργική αντιμετώπισή της καταλήγει κατά κανόνα σε ίαση.

Παράγοντες κινδύνου (γενετικοί/περιβαλλοντικοί)

- Ανοιχτόχρωμο δέρμα, μάτια, φακίδες
- Ευπάθεια σε εγκαύματα/Δυσκολία μαυρίσματος
- Εγκαύματα σε παιδική ηλικία
- Μεγάλος αριθμός σπύλων ή δυσπλαστικών σπύλων
- Ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, ατομικό ιστορικό καρκίνου δέρματος, ανοσοκαταστολής, xeroderma pigmentosum
- Διαλείπουσα έκθεση στον ήλιο > χρόνια έκθεση
- Sollarium

Screening του Μελανώματος

- ❖ Δεν υπάρχει ξεκάθαρη απάντηση από τυχαιοποιημένες μελέτες είτε μιλάμε για αυτοεξέταση είτε για χαρτογράφηση
- ❖ Ωστόσο σε άτομα υψηλού κινδύνου με πολλαπλούς ή κλινικά άτυπους σπίλους (ιδιαίτερα αν συνυπάρχει και οικογενειακό ιστορικό) συνίσταται:



ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ανά 6-12

μήνες συνοδευόμενη από φωτογραφίες

άτυπων σπίλων

melanoma screening



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ

