

# Βασικές αρχές χειρουργικής ογκολογίας

ΠΕΡΙΚΛΗΣ ΠΕΡ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

Επίκ. Καθηγητής Χειρουργικής, Πανεπιστημίου Αθηνών - Διευθυντής Α' Χειρουργικής Κλινικής, Ογκολογικού Νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας", Αθήνα

Εισαγωγή .....	1
I. Βασικές αρχές της χειρουργικής ογκολογίας .....	3
II. Πρόληψη - Έγκαιρη διάγνωση - Ενημέρωση .....	11
Βιβλιογραφία .....	12

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια σύντομη ιστορική αναδρομή που να αφορά τη χειρουργική ογκολογία, ως τέχνη και ως επιστήμη, φέρνει στο προσκήνιο τον Ιπποκράτη, ο οποίος, αν και περιέγραψε πολλές μορφές κακοήθων νεοπλασιών και απέδωσε σ' αυτές την ονομασία καρκίνωμα, δεν υπέδειξε συγκεκριμένο τρόπο αντιμετώπισής τους. Αργότερα, τον 2ο μ.Χ. αιώνα, ο Γαληνός συνέγραψε εκτεταμένο τόμο με κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών, ενώ θεώρησε ότι αυτές οφείλονται σε υπερβολική παραγωγή «μαύρης χολής», επομένως είναι συστηματικά νοσήματα, μη επιδεχόμενα χειρουργική θεραπεία. Αυτή η βασική αρχή διήρκεσε 1600 χρόνια. Κατόπιν, τον 18ο αιώνα, ορισμένοι χειρουργοί άρχισαν να αμφισβητούν τη βασική αρχή του Γαληνού, θεωρώντας

ότι στην αρχή ο καρκίνος είναι εντοπισμένη πάθηση επιδεχόμενη θεραπεία. Το 1704 πρώτος ο Valsalva διατύπωσε την άποψη ότι ο καρκίνος στην αρχή αναπτύσσεται τοπικά και η αφαίρεσή του μπορεί να θεραπεύσει τον άρρωστο, ενώ αργότερα επεκτείνεται διαμέσου των λεμφαγγείων. Στην ίδια γραμμή σκέψης κινήθηκαν αργότερα ο Le Dran στη Γαλλία το 1757 και ο Morgagne στην Ιταλία το 1769. Προς το τέλος του 18ου αιώνα είχε πλέον επέλθει πλήρης ανατροπή της βασικής αρχής του Γαληνού και ο καρκίνος θεωρούνταν τοπική αρχικά βλάβη, που με χειρουργική επέμβαση θεραπεύεται<sup>1</sup>.

Ο θεμελιωτής πάντως της σύγχρονης χειρουργικής ογκολογίας είναι ο William Stuart Halsted από το νοσοκομείο Johns Hopkins της Βαλτιμόρης των ΗΠΑ, που έθεσε τις αρχές της σε συνέχεια

των ιστών (en-bloc) αφαίρεσης του οργάνου, στο οποίο αναπτύσσεται η κακοήθης νεοπλασία, και των επιχωρίων λεμφαδένων. Αυτές οι αρχές τέθηκαν σε ισχύ από τον Halsted, όταν για πρώτη φορά το 1890 πραγματοποίησε την κλασική έκτοτε ριζική μαστεκτομή κατά Halsted. Η σχολή, τελικά, εγχειρητικής που θεμελιώθηκε από τον Halsted στηριζόταν στην παραδοχή ότι ο καρκίνος επεκτείνεται σταδιακά από την πρωτογενή εστία προς την περιφέρεια, διηθώντας τους γειτονικούς υγιείς ιστούς και μέσω των λεμφαγγείων μεθίσταται στους επιχώριους λεμφαδένες. Απομακρυσμένες μεταστάσεις συμβαίνουν όταν οι επιχώριοι λεμφαδένες καταληφθούν πλήρως από τα νεοπλασματικά κύτταρα σε σημείο ώστε να μην μπορούν να τα συγκρατήσουν. Οι αιματογενείς μεταστάσεις απεναντίας δεν θεωρούνταν σημαντικό ή σύννηθες φαινόμενο στην εξέλιξη της κακοήθους νεοπλασίας. Οι απόψεις του Halsted για τη σταδιακή ανάπτυξη και διασπορά του καρκίνου, καθώς και για το ρόλο των επιχωρίων λεμφαδένων, ενισχύονταν και από τη θεωρία, που για πρώτη φορά διατύπωσε ο Virchow το 1860, ότι οι επιχώριοι λεμφαδένες συνιστούν σημαντικούς φραγμούς στην επέκταση του κακοήθους όγκου, τουλάχιστον προσωρινά<sup>2,3,4</sup>.

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι βασικές αρχές που διατύπωσε ο Halsted, της en-bloc αφαίρεσης του όγκου και των επιχωρίων λεμφαδένων, βρήκαν εφαρμογή στη χειρουργική θεραπεία πολλών κακοήθων όγκων. Με τη βοήθεια μάλιστα που πρόσφεραν οι πρόοδοι σε υποστηρικτικά της εγχείρησης μέσα, όπως οι μεταγγίσεις αίματος, τα αντιβιοτικά και τα κατάλληλα αναισθητικά φάρμακα και μηχανήματα, έγινε εφικτό να πραγματοποιηθούν πολύ ριζικές εγχειρήσεις, όπως η πνευλική εξεντέρωση, η ημιπυλεκτομή, η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή, η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή κ.ά. Στις περιπτώσεις που παρά τη ριζική εγχείρηση δεν ήταν εφικτό να αφαιρεθεί πλήρως ο κακοήθης όγκος και οι επιχώριοι λεμφαδένες σύστηναν μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Πρέπει να τονιστεί εδώ ότι η ριζική χειρουργική θεραπεία εφαρμοζόταν σε όλες τις περιπτώσεις, ανεξάρτητα από το μέγεθος του όγκου και την ύπαρξη ή μη διηθημένων επιχωρίων λεμφαδένων. Αρκούσε μόνον να ήταν τεχνικά εφικτή η εγχείρηση και να μην υπήρχαν έκδηλες απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Τα αποτελέσματα των ριζικών και υπερριζικών εγχειρήσεων ήταν ικανοποιητικά στον έλεγχο της τοπικής και περιοχικής επέκτασης κατηγοριών κακοήθων όγκων, όπως αυτών της κεφαλής και του

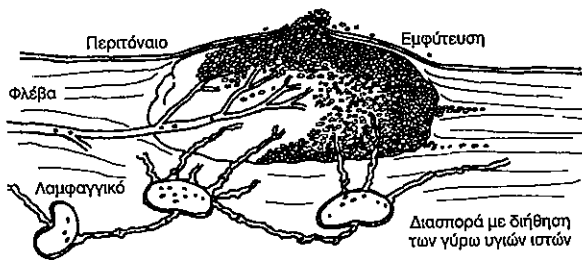
τραχήλου, του ορθού, του μαστού, των σαρκοματών των οστών και των μαλακών μορίων, δεν επέφεραν όμως ουσιαστική βελτίωση του χρόνου του ελεύθερου από νόσο και της συνολικής επιβίωσης των καρκινοπαθών.

Τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια έχουν επέλθει ουσιαστικές μεταβολές στις αντιλήψεις μας για τη βιολογία των κακοήθων παθήσεων. Σήμερα η πλειονότητα, αν όχι το σύνολο, των κακοήθων νεοπλασιών θεωρούνται συστηματικές παθήσεις, τουλάχιστον από τη στιγμή κατά την οποία γίνονται κλινικά αντιληπτές. Η τάση, η οποία διαμορφώνεται και η οποία προβλέπεται να επεκταθεί τα επόμενα χρόνια, είναι να αντιμετωπίζονται τα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα με συνδυασμό θεραπειών, συνήθως χημειοθεραπείας και εγχείρησης<sup>2-17</sup>.

Αυτή η τάση διαμορφώθηκε μετά από τη διαπίστωση ότι, τουλάχιστον για μία μεγάλη κατηγορία κακοήθων συμπαγών όγκων, τα καρκινικά κύτταρα αποκτούν την ικανότητα διασποράς πολύ νωρίς στη διεργασία ανάπτυξης της πρωτοπαθούς εστίας<sup>16,18</sup>. Πρόκειται δηλαδή για μία, τουλάχιστον εν μέρει, ανατροπή της κρατούσας αντίληψης ότι ο καρκίνος πρώτα αναπτύσσεται τοπικά, κατόπιν προσβάλλει τους επιχώριους λεμφαδένες και αργότερα μόνο μεθίσταται σε απομακρυσμένα όργανα. Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο **μηχανισμός διασποράς των κακοήθων κυττάρων** από την πρωτοπαθή εστία είναι ιδιαίτερα περιπεπλεγμένος, ώστε να μην υπακούει στον απλό κανόνα της ποσοτικής αύξησης των κακοήθων κυττάρων και της διασποράς τους κατόπιν σε στάδια<sup>16-20</sup>. Η διαδικασία της διασποράς περιλαμβάνει μία αλληλουχία διεργασιών που αναφέρονται στον πίνακα 1.1, στις οποίες εμπλέκεται το καρκινικό κύτταρο, το υπόστρωμα και ο ξενιστής-καρκινοπαθής. Παρά την εκτεταμένη έρευνα πάνω σ' αυτό το καιρίας σημασίας ζήτημα, δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα δυνατό να προσδιοριστούν με ακρίβεια όλοι οι εμπλεκόμενοι μηχανισμοί σε κάθε φάση της όλης διαδικασίας. Ένα είναι πάντως σίγουρο, ότι για τη μέγιστη πλειονότητα των συμπαγών κακοήθων όγκων η διασπορά των κακοήθων κυττάρων μπορεί να συμβεί και με τους τέσσερις μηχανισμούς που απεικονίζονται στην εικόνα 1.1 και μάλιστα νωρίς, όταν δηλαδή η πρωτοπαθής εστία δεν έχει προκαλέσει συμπτώματα και με δυσκολία γίνεται αντιληπτή με τα διαθέσιμα σήμερα διαγνωστικά μέσα. Εξίσου όμως αληθινό είναι και το γεγονός ότι κατηγορίες συμπαγών κακοήθων όγκων με περιορισμένη δυνατότητα διασποράς παραμένουν αναπτυσσόμενοι τοπικά ή

*Πίνακας 1.1**Μηχανισμός ανάπτυξης μεταστάσεων*

- Εκτατική ανάπτυξη της πρωτοπαθούς εστίας
- Αποφυγή των τοπικών αμυντικών μηχανισμών του ξενιστή
- Αποκόλληση κακοήθων κυττάρων από την πρωτοπαθή εστία
- Επέκταση πέραν των ορίων της πρωτοπαθούς εστίας
- Διήθηση των γειτονικών υγιών ιστών
- Δίοδος των κακοήθων κυττάρων διαμέσου του τοιχώματος των αγγείων
- Κυκλοφορία και διάσωση μέσα στο αγγειακό σύστημα
- Παγίδευση στο δίκτυο των τριχοειδών
- Έξοδος από το αγγειακό σύστημα
- Διήθηση των ιστών του ξενιστή-οργάνου
- Πολλαπλασιασμός των κακοήθων κυττάρων με σύγχρονη αγγειογένεση



*Εικόνα 1.1. Οι τέσσερις μηχανισμοί διασποράς των καρκινικών κυττάρων.*

ακόμα υποτροπιάζουν τοπικά, μετά από ατελή χειρουργική αφαίρεση, χωρίς να μεθίστανται σε απομακρυσμένα όργανα.

Από όσα επιγραμματικά μόνο θίξαμε παραπάνω προκύπτει, νομίζουμε, αβίαστα το συμπέρασμα ότι η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπαγών κακοήθων όγκων απαιτεί τη συντονισμένη προσπάθεια ειδικών ογκολόγων που γνωρίζουν τη **βιολογική συμπεριφορά** κάθε μίας από τις πολλαπλές κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών και εξοπλισμένοι με τα δεδομένα της κλινικής έρευνας **συναποφασίζουν** για την πλέον αποτελεσματική αγωγή του συγκεκριμένου αρρώστου.

Μετά από αυτές τις επισημάνσεις ας εξετάσουμε το αντικείμενο της χειρουργικής ογκολογίας.

## I. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

### 1. Διάγνωση

Σήμερα το 55% των κακοήθων παθήσεων αντιμετωπίζεται με χειρουργική αφαίρεση (40% μόνο με εγχείρηση), το 34% με ακτινοθεραπεία (το 16% μόνο με ακτινοθεραπεία) και το 22% με χημειοθεραπεία μόνο ή σε συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας. Ο ρόλος όμως του χειρουργού-ογκολόγου δεν περιορίζεται μόνο στη χειρουργική αντιμετώπιση των κακοήθων παθήσεων αλλά, όπως ήδη αναφέραμε, είναι κατά πολύ ευρύτερος. Ο χειρουργός-ογκολόγος θα πρέπει να πρωτοστατεί στη συνολική προσπάθεια αντιμετώπισης των κακοήθων παθήσεων.

Στο όχι τόσο μακρινό παρελθόν ο τρόμος μπροστά στη διάγνωση του καρκίνου είχε δημιουργήσει μία απόλυτα αρνητική στάση του κοινού και σε κάποιο βαθμό και των γιατρών στην προσπάθεια έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου.

Σήμερα ευτυχώς η στάση των ανθρώπων, τουλάχιστον στον ανεπτυγμένο κόσμο, έχει τροποποιηθεί και το κοινό, με κατάλληλη ενημέρωση, μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στη συνολική προσπάθεια έγκαιρης ανίχνευσης πολλών κατηγοριών κακοήθων παθήσεων. Προγράμματα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου που αποδεδειγμένα έχουν αποδώσει με μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από το συγκεκριμένο κακόηθες νεόπλασμα μπορούν να αναφερθούν: αυτό της Ιαπωνίας για τον καρκίνο του στομάχου, της Αυστραλίας για το μελάνωμα και των Σκανδιναβικών χωρών για τον καρκίνο του μαστού<sup>17</sup>. Αποδεικνύεται ήδη δηλαδή ότι η σοβαρή και συντονισμένη προσπάθεια από μέρος όλων των εμπλεκομένων σε έναν επικτό στόχο μπορεί να αποδώσει καρπούς. Στον τόπο μας, κατά την άποψη του γράφοντος, οι μέχρι σήμερα εκδηλωθείσες προσπάθειες είναι αποσπασματικές, ασυντόνιστες και οριακής ωφελιμότητας. Προσβλέποντας όμως σε μια συνολική αναβάθμιση των υπηρεσιών αγωγής υγείας και στον τόπο μας, δεν αποτελεί ματαιοπονία από μέρους κάθε γιατρού να «προπαγανδίζει» υπέρ του Ευρωπαϊκού Κώδικα κατά του καρκίνου (Πίνακας 1.2) και να επιδιώκει κάθε συμπολίτης του να γνωρίζει πολύ καλά τα επτά ανησυχητικά για καρκίνο σημεία που έχει προσδιορίσει η Αμερικανική Εταιρεία για τον Καρκίνο (Πίνακας 1.3).

Η κλινική εξέταση οποιοδήποτε ασθενή πρέ-

**Πίνακας 1.2***Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου***Ορισμένες μορφές καρκίνου μπορεί να προληφθούν**

1. **Μην καπνίζετε**  
Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους
2. **Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών**
3. **Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο**
4. **Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο**

Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφελησετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προσβληθείτε από καρκίνο

5. **Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες**
6. **Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά**

Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες αν εντοπιστούν έγκαιρα

7. **Επισκεφθείτε το γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και στο χρώμα σε ελιά του δέρματος**
8. **Επισκεφθείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα,**  
όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα

Για τις γυναίκες:

9. **Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο του τραχήλου της μήτρας**
10. **Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών**

πει να πάψει να είναι αποσπασματική και μονομερής, κατευθυνόμενη μόνο στη διερεύνηση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων του. Η διάθεση περισσότερο χρόνου για τη λήψη πληρέστερου ιστορικού και απλές κλινικές πράξεις, όπως η ψηλάφηση των μαστών στις γυναίκες ή η δακτυλική εξέταση,

**Πίνακας 1.3***Τα επτά ανησυχητικά σημεία για καρκίνο*

- Μεταβολές στις συνήθειες κένωσης του εντέρου ή της ούρησης
- Εξέλκωση που δεν επούλωνεται εύκολα
- Ασυνήθης αιμορραγία ή έκκριση
- Σκλήρυνση ή ανάπτυξη ογκιδίου στο μαστό ή κάπου αλλού στο σώμα
- Δυσπείψια ή δυσκολία στην κατάποση
- Μεταβολές σε σπύλους ή άλλα ογκίδια στο δέρμα
- Επίμονος, ξηρός βήχας ή βράγχος φωνής

μπορούν να αποβούν πολύτιμες, ιδίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας<sup>21-23</sup>.

Κάθε ογκολόγος, και ιδίως ο χειρουργός-ογκολόγος, οφείλουν να πρωτοστατούν στη διάδοση και την εφαρμογή παρόμοιων πρακτικών από μέρους όλων των συναδέλφων τους, αλλά και από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, στην προώθηση συμπεριφορών πρόληψης του καρκίνου ή κατ' ελάχιστον έγκαιρης διάγνωσής του.

Όπως είναι γνωστό, κακοήθεις παθήσεις συχνά εμφανίζουν συστηματικές εκδηλώσεις (Πίνακας 1.4). Σε μερικές όμως περιπτώσεις είναι δυνατό να ανιχνεύεται η μεταστατική εντόπιση, ενώ η πρωτοπαθής εστία να παραμένει άγνωστη (Πίνακας 1.5). Αυτές οι καταστάσεις απαιτούν προγραμματισμένη και συστηματική μελέτη και αξιολόγηση. Ο χειρουργός-ογκολόγος καλείται να πρωτοστατεί στην ενημέρωση των συναδέλφων του πάνω στα προσφορότερα μέσα εκτίμησης παρόμοιων περιπτώσεων, ώστε να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος ή να σπαταλώνονται πόροι σε μη ενδεικνύμενες παρακλινικές εξετάσεις<sup>24</sup>. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του ογκολόγου, και ιδίως του χειρουργού, στην αποτίμηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων κλινικών δοκιμών, που αφορούν τους συμπαγείς κακοήθεις όγκους, ώστε το σύνολο της ιατρικής κοινότητας να παρακολουθεί τις εξελίξεις, που στην Ογκολογία είναι ραγδαίες<sup>25</sup>.

**Βιοψία**

Η ιστολογική τεκμηρίωση της ύπαρξης και της κατά το δυνατόν πιο λεπτομερούς αξιολόγησης της φύσης της κακοήθους νεοπλασίας είναι το προαπαιτούμενο πριν να συσταθεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή. Σωρεία τραγικών λαθών έχουν συμβεί με το να βασίζεται κανείς σε έμμεσα σημεία ύπαρξης κακοήθους νεοπλασίας και να μην

**Πίνακας 1.4**  
*Συστηματικές εκδηλώσεις των κακοήθων παθήσεων*

Κλινική εκδήλωση	Κακοήθης πάθηση
<b>Δερματικές</b>	
Μελαγχρωματική ακάνθωση	- Καρκίνος στομάχου, πνεύμονα, μαστού
Δερματομυοσίτιδα	- Καρκίνος πνεύμονα, μαστού, στομάχου, ωοθήκης
Πολλαπλόν ερύθημα, αποφολιδωτική δερματίτιδα, πομφολυγοειδής φυσαλίδα	- Αλλεργική αντίδραση, λέμφωμα, μύελωμα
Σύνδρομο Peutz-Jeghers	- Πολυποδίαση εντέρου
<b>Αιματολογικές</b>	
Παθολογικά ερυθρά αιμοσφαίρια	
Ερυθροκυττάρωση	- Υπερνέφρωμα, ηπάτωμα, φαιοχρωμοκύτωμα, όγκοι παρεγκεφαλίτιδας
<b>Αναιμία</b>	
Απλαστική	- Όλα τα νεοπλάσματα
Αιμολυτική	- Θύμωμα, υπερνέφρωμα
Παθολογικά λευκά αιμοσφαίρια ή αιμοπετάλια	- Νεοπλάσματα του αιμοποιητικού
Λευχαιμοειδείς αντιδράσεις	
Λευκοπενία	- Ποικίλα νεοπλάσματα
	- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού, πνεύμονα, παγκρέατος
Θρομβοκυττάρωση	
Διαταραχές πήκτικότητας	
Αιμορραγική διάθεση	
Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη	- Νεοπλάσματα που παράγουν βλέννα
<b>Αγγειακές</b>	
Θρομβοφλεβίτιδα	- Καρκίνος πνεύμονα, παγκρέατος, γεννητικού συστήματος, μαστού
Αύξηση ινωδόλυσης	- Καρκίνος προστάτη ή πνεύμονα
Αιφνίδια ερυθρότητα (flushing), αγγειοδιαστολή, άσθμα	- Καρκινοειδές
<b>Ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές μη ενδοκρινικών όγκων</b>	
Υπογλυκαιμία	- Οπισθοπεριτοναϊκοί ή όγκοι του μεσοθωρακίου προερχόμενοι από το μεσέγχυμα
Σύνδρομο Cushing	- Καρκίνος πνεύμονα, κακόηθες θύμωμα, καρκίνος παγκρέατος
Υπερασβεστιαμία	- Καρκίνος πνεύμονα, νεφρού, μαστού, μήτρας, σαρκώματα, νεοπλάσματα ουροποιητικού
Υπονατρίαμια	- Καρκίνος πνεύμονα, ενδοκρανικοί όγκοι
Υπερθυρεοειδισμός	- Χοριοκαρκίνωμα, όγκοι όρχεως από εμβρυικά κύτταρα
Πρόωρη ήβη ή γυναικομαστία	- Ηπάτωμα, καρκίνος πνεύμονα, επινεφριδίου, όγκοι όρχεως
Σύνδρομο Zollinger-Ellison	- Καρκίνος παγκρέατος από μη β-κύτταρα
Αναιμία-απώλεια βάρους	- Τα περισσότερα νεοπλάσματα
Αύξηση ουρικού οξέος	- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού
Άτυπο σύνδρομο καρκινοειδούς	- Καρκίνος παγκρέατος, στομάχου, θυρεοειδούς, μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα
<b>Νευρομυικές διαταραχές μη οφειλόμενες σε μετάσταση</b>	
Πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια	- Νεοπλάσματα αιμοποιητικού
Υποξεία εγκεφαλική εκφύλιση	- Πολλά νεοπλάσματα, κυρίως του πνεύμονα, των ωοθηκών ή του μαστού
Πολυνευροπάθεια ή και μυοπάθεια	- Πολλά νεοπλάσματα, κυρίως του πνεύμονα, του μαστού, των ωοθηκών
Myasthenia gravis	- Θύμωμα

Πίνακας 1.5

Μετάσταση από άγνωστη πρωτοπαθή εστία (7)

Εντόπιση	Πρωτοπαθής εστία ή τύπος νεοπλασίας
Λεμφαδένες	
Τραχηλικοί	· Ρινοφάρυγγας, στοματοφάρυγγας, υποφάρυγγας, στοματική κοιλότητα, θυρεοειδής, λάρυγγας, λεμφώματα
Υπερκλείδιοι	· Πνεύμονας, μαστός, στόμαχος, οισοφάγος, πάγκρεας, παχύ έντερο, όρχεις, ωθήκες, τράχηλος μήτρας
Μασχαλιαίοι	· Μαστός, μελάνωμα, λέμφωμα
Βουβωνικοί	· Γεννητικά όργανα, πρωκτός, μελάνωμα
Δέρμα-Υποδόριο	· Μελάνωμα, μαστός, βρόγχοι, στόμαχος, νεφρός
Πνεύμονες	· Μαστός, κόλον, νεφρός, στόμαχος, όρχεις, μελάνωμα, θυρεοειδής, σαρκώματα
Ήπαρ	· Κόλον, πάγκρεας, στόμαχος, μαστός, πνεύμονας
Ωθήκες	· Κόλον, στόμαχος, μαστός
Οστά	· Μαστός, πνεύμονας, προστάτης, θυρεοειδής
Κ.Ν.Σ.	· Μαστός, πνεύμονας
Ορογονικές κοιλότητες	· Πνεύμονας, μαστός, ωθήκες

επιδιώκει την ιστολογική τεκμηρίωση. Ορθή ιατρική πρακτική είναι να στηρίζεται η διάγνωση σε υλικό αντιπροσωπευτικό της νεοπλασίας και να επανελέγχονται τα πλακίδια από το παθολογοανατομικό εργαστήριο του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο πρόκειται να θεραπευθεί ο συγκεκριμένος άρρωστος.

Το υλικό της βιοψίας είναι ενδεχόμενο να προέρχεται από μέρος της ογκωτικής εξεργασίας (**incisional biopsy**) ή να αποτελεί το σύνολο της βλάβης (**excisional biopsy**), όταν αυτή δεν ξεπερνά σε διάμετρο τα 2-3 cm. Η πρώτη είναι η συχνότερα εκτελούμενη, μια και περιλαμβάνει όλες τις βιοψίες που γίνονται στο πλαίσιο των ενδοσκοπήσεων (βρογχοσκόπηση, γαστροσκόπηση, κολοσκόπηση κλπ.), αλλά και αυτές που γίνονται σε ευμεγέθεις ογκωτικές βλάβες. Η αφαίρεση του συνόλου της βλάβης, σε μακροσκοπικώς υγιή όρια, έχει ένδειξη σε όργανα όπως ο μαστός, ο θυρεοειδής, το δέρμα ή το κόλον, όταν πρόκειται, όπως είπαμε,

για μικρής έκτασης νεοπλασματική εξεργασία. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει για τις ογκωτικές βλάβες που είναι ύποπτες για σάρκωμα των μαλακών μορίων όπου η ολική αφαίρεση θα πρέπει να αποφεύγεται. Το αιμάτωμα που ενδεχομένως θα δημιουργηθεί αποτελεί σοβαρό κίνδυνο διασποράς καρκινικών κυττάρων με συνέπεια η ριζική χειρουργική να καθίσταται πιο δυσχερής και ενδεχομένως πιο τραυματική για τον ασθενή.

Η βιοψία μέσω ευρυστόμου βελόνας είναι αξιόπιστη μέθοδος, με τον όρο ότι αφαιρείται αντιπροσωπευτικός ιστός κατάλληλος για ιστολογική μελέτη. Κάθε αμφιβολία για την ποιότητα και τη φύση του υλικού επιβάλλει την περαιτέρω διερεύνηση της νεοπλασματικής εξεργασίας και δεν επιτρέπει τον εφησυχασμό. Ο κίνδυνος διασποράς της νεοπλασίας στο σημείο εισόδου και εξόδου της βελόνας, όσο και αν είναι μικρός, είναι υπαρκτός (Εικόνα 1.2), γι' αυτό η θέση εισόδου της θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να μπορεί να συμπεριληφθεί στη ριζική χειρουργική.

Η βιοψία μέσω λεπτής βελόνας, που τα τελευταία χρόνια έχει διαδοθεί σημαντικά, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να συνεκτιμάται με τα υπόλοιπα δεδομένα. Ο χρυσός, τρόπον τινά, κανόνας που ισχύει σ' αυτή την περίπτωση είναι να λαμβάνεται υπόψη η θετική για την ύπαρξη κακοήθειας απάντηση, ενώ επί αρνητικού αποτελέσματος να διερευνάται περισσότερο η περίπτωση για την αποφυγή τραγικών σφαλμάτων. Δεν πρέπει να λησμονεί κανείς πως με τη λεπτή βελόνα αναρροφώνται μόνο κύτταρα από τον όγκο και όχι ιστικό τεμάχιο.



Εικόνα 1.2. Υποτροπή αδενοκαρκινώματος στο θωρακικό τοίχωμα στο σημείο παρακέντησης του όγκου. Η υποτροπή εκδηλώθηκε οκτώ μήνες μετά από αριστερά πνευμονεκτομή. Η ασθενής ζει τέσσερα χρόνια μετά από ευρεία εκτομή της υποτροπής (ίδια περίπτωση).