



ΕΕΥΑΣΟΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

HASCOCC

HELLENIC ASSOCIATION OF SUPPORTIVE
CARE OF THE ORAL CAVITY IN CANCER

www.oraloncology.gr

1st

**Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας
Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος
στον Ογκολογικό Ασθενή**

Το Στόμα ως Στόχος των Ογκολογικών Θεραπειών

1st

**Congress of the Hellenic Association
of Supportive Care of the
Oral Cavity in Cancer**

The Oral Cavity as a Target of Cancer Therapies

Με Διεθνή Συμμετοχή
With International Participation

Τελικό Πρόγραμμα - Βιβλίο Περιλήψεων
Final Program - Abstract Book

Ξενοδοχείο Royal Olympic, Αθήνα
29 Φεβρουαρίου - 2 Μαρτίου 2008

Hotel Royal Olympic, Athens-Greece
February 29th - March 2nd, 2008

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ:

Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής

UNDER THE AUSPICES OF:

Ministry of Health and Welfare
Ministry of National Education and Religious Affairs
University of Athens Dental School
Athens Dental Society

Με την υποστήριξη / With the support of
MASCC-Multinational Association of Supportive Care in Cancer



KALETRA[®]
(lopinavir/ritonavir) **δισκία**



www.foh.gr

A-00406

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ.
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία



ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) Α.Β.Ε.Ε.

ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Βουλιαγμένης 512, Τ.Κ. 17456, Άλιμος, Τηλ.: 210 9985222
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: 12^ο χλμ. Νέας Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης - Νέων Μουδανιών,
Τ.Θ. 60682, Τ.Κ. 57001, Θέρμη, Τηλ.: 2310 810470



Abbott

A Promise for Life



 **Kepivance™**
(palifermin)

AMGEN

GENESIS Pharmaceuticals, Inc.
A Kenilworth, NJ, USA & Australia, Sydney
Tel: 201.807.5900 Fax: 201.807.5901
www.genesispharma.com
e-mail: info@genesispharma.com

Aloclair®

Για την αφθώδη στοματίτιδα & τα στοματικά έλκη

- Προσφέρει ταχεία ανακούφιση
- Δεν τσούζει
- Διαρκεί πολύ
- Εφαρμόζεται εύκολα

NEO!



ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Το Aloclair® περιέχει πολυβινυλοπυρολιδόνη (πολυμερές PVP), εκχύλισμα αλόης και υαλουρονικό νάτριο. Κυκλοφορεί σε στοματικό διάλυμα το οποίο αναμετρωπίζει περισσότερα από ένα έλκη τη φορά. Σε μορφή γέλης μέσα σε σωληνάριο με ρύγχος για την άμεση εφαρμογή του προϊόντος πάνω στο έλκος ή την κάκωση, καθώς και στην νέα μορφή spray για ακόμα πιο εύκολη τοπική εφαρμογή.

Ανακουφίζει από τον πόνο



APIVITA S.A., Κωλέττη 3, 144 52 Αθήνα, T: +30 210 28 56 350, F: +30 210 28 43 580, www.apivita.com

G·U·M
ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ. ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΖΩΗ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός	7
Επιτροπές	8
Προσκεκλημένοι Ομιλητές	10
Ευχαριστίες	11
Γενικές Πληροφορίες	12
Επιστημονικό Πρόγραμμα	14
Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων	28
Περίληψεις Ομιλιών	29
Περίληψεις Προφορικών Ανακοινώσεων	49
Περίληψεις Αναρτημένων Ανακοινώσεων	63
Ευρετήριο Συγγραφέων	75

TABLE OF CONTENTS

Welcome message	7
Committees	9
Invited Speakers	10
Acknowledgements	11
General Information	13
Scientific Program	15
Speakers-Chairpersons Index	28
Lectures Summaries	29
Oral Presentations Summaries	49
Poster Presentations Summaries	63
Authors Index	75

Διοργάνωση Organized by
Ελληνική Εταιρεία Υποστηρικτικής Αγωγής Hellenic Association of Supportive Care
του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή (ΕΕΥΑΣΟΑ) of the Oral Cavity in Cancer (HASCOCC)
Αναστάσεως 23, 155 61 Χολαργός 23 Anastaseos Str., Holargos 155 61 Athens
τηλ. 210 6527988, tel. + 0030 210 6527988
email: info@oraloncology.gr
web site: www.oraloncology.gr

Γραμματεία Συνεδρίου Congress Secretariat

Goldair
congress

Πανεπιστημίου 15, Αθήνα 105 64 15 Panepistimiou street, Athens 105 64
Τηλ. 210-3216611 / 3216014 Tel. +30 210 3216611 / 3216014
Φαξ. 210-3311021 Fax. +30 210 3311021
e-mail : congress@goldair.gr
Web site : www.congress.goldair.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ



Αγαπητοί συνάδελφοι και φίλοι,

Εκ μέρους του ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή σας προσκαλώ να συμμετάσχετε στο 1^ο Συνέδριο που διοργανώνει η Εταιρεία μας, στην Αθήνα, 29 Φεβρουαρίου-2 Μαρτίου 2008, με την υποστήριξη του MASCC και υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής και της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Οι μοντέρνες ογκολογικές θεραπείες έχουν βελτιώσει την πρόγνωση των κακοήθων νοσημάτων. Η εφαρμογή τους όμως, περιορίζεται από την τοξική τους δράση και τις επιπλοκές στους φυσιολογικούς ιστούς.

Το στόμα αποτελεί κύρια θέση εντόπισης των επιπλοκών αυτών. Οι επιπλοκές στο στόμα επιβαρύνουν τον ασθενή με καρκίνο, αυξάνουν τις ημέρες και το κόστος νοσηλείας, ενώ μπορεί να οδηγήσουν σε διακοπή της ογκολογικής θεραπείας θέτοντας σε κίνδυνο το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι επιπλοκές στο στόμα μπορεί να έχουν δραματική επίπτωση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Ως κεντρικό θέμα του Συνεδρίου επιλέγη «Το στόμα ως στόχος των ογκολογικών θεραπειών».

Ο εικαστικός λογότυπος του Συνεδρίου, με το πέταγμα των γλάρων πάνω από τη θάλασσα συμβολίζει την προσπάθεια του ασθενή να πορευτεί / ταξιδέψει με επιτυχία πάνω από την ατυχία της νόσου.

Ο ρόλος του Οδοντιάτρου είναι σημαντικός στην πρόληψη και σταθεροποίηση της υγείας του στόματος πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την Ογκολογική Θεραπεία ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος και η βαρύτητα των στοματικών αλλά και των συστηματικών επιπλοκών.

Σε ιδιαίτερη συνεδρία αναφέρεται ο ογκολογικός ασθενής με AIDS. Το σάρκωμα Kaposi και το μη Hodgkin λέμφωμα είναι συχνές κακοήθειες στο AIDS, ενώ το στόμα μπορεί να αποτελεί την πρώτη/μόνη θέση εντόπισης, συχνά με ενδεικτικές λοιμώξεις, που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τον ειδικό αυτόν ογκολογικό ασθενή.

Σκοπός του Συνεδρίου μας είναι η συμβολή στην προαγωγή της υποστηρικτικής φροντίδας του στόματος και της με το στόμα συνδεδεμένης έννοιας της ποιότητας ζωής στον ογκολογικό ασθενή.

Βασικοί Στόχοι του Συνεδρίου είναι:

Η ενημέρωση των Οδοντιάτρων, των Ογκολόγων και λοιπών επαγγελματιών υγείας, με ενδιαφέρον στην Ογκολογία, για τις επιπλοκές στο στόμα από τις ογκολογικές θεραπείες και τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η προβολή του επιστημονικού έργου των ερευνητών που εργάζονται στο σχετικό αντικείμενο.

Η δημιουργία ευκαιριών γνωριμίας, φιλίας και συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων.

Για την επιτυχία του σκοπού και των στόχων του Συνεδρίου έχουν προσκληθεί Έλληνες και Ξένοι επιστήμονες, oral και medical oncologists, world experts στο χώρο τους.

Η συμμετοχή όλων σας θα είναι τιμή για εμάς και θα συμβάλει σημαντικά στην επιτυχία του 1^{ου} αυτού Συνεδρίου.

Η Πρόεδρος του Συνεδρίου

Ourania Nicolatou-Galitis

WELCOME MESSAGE

Dear colleagues and friends,

On behalf of the Board of the Hellenic Association of Supportive Care of the Oral Cavity in Cancer, I invite you to attend the 1st Congress of the Association, which will take place in Athens, February 29 to March 2, 2008.

The oral cavity as a target of cancer therapies has been chosen as the central theme of the congress, while the picture with the seagulls flying over the sea symbolizes the effort of the cancer patient to travel successfully over the disease.

The role of the dentist in the support of the oral health - related quality of life of the cancer patient, who receives antineoplastic therapy, is critically important.

The cancer patient with AIDS is separately referred. Kaposi sarcoma and non Hodgkin's lymphoma are common malignancies in AIDS, often presented with HIV-related oral infections, which may lead to AIDS diagnosis.

We will be honoured having you all attending the Congress, working together to highlight the concept of supportive care of the oral cavity and oral health-related quality of life in cancer.

The President of the Congress

Ourania Nicolatou-Galitis

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

Οργανωτική Επιτροπή

Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνικής Εταιρείας
Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή

Πρόεδρος	Ουρ. Νικολάτου-Γαλίτη
Αντιπρόεδρος	Φ. Μαδιανός
Γεν. Γραμματέας	Β. Κίτρα
Ταμίας	Αικ. Δοντά
Μέλη	Γ. Γεωργακόπουλος
	Β. Παπαϊωάννου
	Γ. Σαμέλης

Επιστημονική Επιτροπή

Μέλη	Η. Αθανασιάδης	Πρόεδρος Γ. Βουγιουκλάκης	Στ. Παπανικολάου
	Ν. Αναγνωστόπουλος	Α. Κολοκοτρώνης	Γ. Πετρίκκος
	Γ. Αραβαντινός	Ε. Κοσμίδη	Γ. Πισσάκας
	Α. Αρδαβάνης	Π. Κοσμίδης	Γ. Σαμώνης
	Ν. Ασημακόπουλος	Ι. Κούβαρης	Δ. Σκάρλος
	Π. Γαργαλιάνος- Κακολύρης	Β. Κουλουζιάς	Ε. Στεφάνου
	Στ. Γραφάκος	Κ. Κυπριανού	Αικ. Στεφανουδάκη
	Κ. Δαρδούφας	Χ. Μητσούλη	Κ. Συρίγος
	Ι. Δερβενούλας	Δ. Μπαφαλούκος	Α. Σωτηροπούλου
	Β. Δρούκας	Γ. Νικολάτος	Κ. Τσιχλάκης
	Φλ. Ζερβού	Κ. Ουλής	Ι. Τσουρβελούδης
	Ι. Ιατρού	Γ. Πάγκαλης	Μ. Φισφής
	Μ. Καλμαντή	Π. Παντελάκος	Ε. Χαραλαμπίδου
	Αικ. Καραγιάννη	Λ. Παπαγιαννούλη	
	Δ. Καρδαμάκης	Θ. Παπαδάκη	
		Π. Παπακώστας	

Με τη συμμετοχή των:

- Κλινική Στοματοπροσωπικού Πόνου
- Ελληνική Αιματολογική Εταιρεία
- Ελληνική Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Γηριατρικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής Μυκητολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS
- Ελληνική Εταιρεία Οδοντικής και Γναθοπροσωπικής Ακτινολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
- Ελληνική Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου
- Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία
- Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος
- Ελληνική Εταιρεία Εφηβικής Ογκολογίας
- Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
- Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, Τμήμα Ογκολογίας

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Dorothy Keefe, Australia

An introduction to targeted anti-cancer therapies.
Mucositis: the mouth ulcer and beyond.

Cesar Migliorati, USA

The importance of the collaboration between the oncology team for maintenance of oral health.
Bisphosphonates-associated osteonecrosis BON.

Erica Migliorati, USA

BON and Laser Therapy.

Judith Raber-Durlacher, Netherlands

Oral complications in cancer patients treated with hematopoietic stem cell transplantation.

Johann Beck-Mannagetta, Austria

Radiopaque objects in colonizing aspergillosis of the maxillary sinus.

COMMITTEES

Organizing Committee

Executive Board of the Hellenic Association of Supportive Care of the Oral Cavity in Cancer

President	O. Nicolatou-Galitis
Vice President	F. Madianos
Secretary	V. Kitra
Treasurer	E. Donta
Members	G. Georgakopoulos W. Papaioannou G. Samelis

Scientific Committee

Members	I. Athanasiadis	President	G. Vougiouklakis	P. Papakostas
	N. Anagnostopoulos	M. Kalmanti		S. Papanikolaou
	G. Aravadinou	D. Kardamakis		G. Petrikkos
	A. Ardavanis	A. Kolokotronis		G. Pissakas
	N. Assimakopoulos	E. Kosmidi		G. Samonis
	D. Bafaloukos	P. Kosmidis		D. Skarlos
	E. Charalambidou	V. Kouloulis		E. Stefanou
	K. Dardoufas	I. Kouvaris		E. Stefanoudaki
	I. Dervenoulas	K. Kyprianou		K. Syrigos
	B. Droukas	Ch. Mitsouli		A. Sotiropoulou
	M. Fisfis	G. Nikolatos		K. Tsihlakis
	P. Gargalianos-Kakolyris	K. Oulis		I. Tsourveloudis
	St. Grafakos	G. Pagalis		Fl. Zervou
	I. Iatrou	P. Pantelakos		
	E. Karagianni	L. Papagiannouli		
		Th. Papadaki		

With the participation of the:

- Orofacial Pain Clinic
- Hellenic Society of Haematology
- Hellenic Society of Therapeutic Radiology & Oncology
- Hellenic Society of Geriatric Oncology
- Hellenic Society of Medical Mycology
- Hellenic Society for the Study and Control of AIDS
- Hellenic Association for Dental and Maxillofacial Radiology
- Hellenic Society of Paediatrics Haematology-Oncology
- Hellenic Association for Oral and Maxillofacial Surgery
- Hellenic Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery
- Hellenic Society of Paediatric Dentistry
- Hellenic Society of Medical Oncology
- Hellenic Society of Adolescent Oncology
- Hellenic Society for Hospital Dentistry
- Hellenic Nurses' Association, Oncology Department

INVITED SPEAKERS

Dorothy Keefe, Australia

An introduction to targeted anti-cancer therapies.
Mucositis: the mouth ulcer and beyond.

Cesar Migliorati, USA

The importance of the collaboration between the oncology team for maintenance of oral health.
Bisphosphonates-associated osteonecrosis BON.

Erica Migliorati, USA

BON and Laser Therapy.

Judith Raber-Durlacher, Netherlands

Oral complications in cancer patients treated with hematopoietic stem cell transplantation.

Johann Beck-Mannagetta, Austria

Radiopaque objects in colonizing aspergillosis of the maxillary sinus.

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ / INVITED SPEAKERS



Dorothy Keefe

*Clinical Director RAH Cancer Centre /
TCCSA Professor of Cancer Medicine /
University of Adelaide, Australia*



Cesar Migliorati

*DDS, MS, PhD, Professor - Oral Medicine
NSU College of Dental Medicine,
Fort Lauderdale, USA*



Erica Migliorati

*D.D.S., Assistant Professor,
Department of Cariology and Restorative Dentistry
Director of the Laser in Dentistry Course
Nova Southeastern University
College of Dental Medicine,
Fort Lauderdale, USA*



Judith Raber-Durlacher

*DDS, PhD. Department of Hematology Leiden University Medical Center, Leiden,
And Department of Periodontology, Academic Centre for Dentistry,
Amsterdam, The Netherlands*



Johann Beck-Mannagetta

*Univ.Do., MD, DDS Universitätsklinik für Mund - Kiefer - und Gesichtschirurgie/SALK - PMU,
Salzburg, Austria*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ / ACKNOWLEDGEMENTS

Η Πρόεδρος και τα Μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του
1^{ου} Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρείας Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή
ευχαριστούν θερμά τις κάτωθι Εταιρείες για την οικονομική ενίσχυση και την υποστήριξή τους:

The President and the Organizing Committee of the
1st Congress of the Hellenic Association of Supportive Care of the Oral Cavity in Cancer
would like to express their sincere thanks to the following companies
for their contribution and generous support :

ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) Α.Β.Ε.Ε.
APIVITA Α.Ε.Β.Ε
COLGATE PALMOLIVE HELLAS
GALENICA S.A.
GENESIS PHARMA S.A.
GILEAD SCIENCES HELLAS
GLAXOSMITHKLINE
JOHNSON & JOHNSON HELLAS
ΛΑΖΑΡΕΛΗΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ Ι. BIOMATERIALS
ΜΑΙΝΑΣ - ΔΡΑΚΑΤΟΣ Ο.Ε.
MEDICINA S.A.
MERCK Ε.Π.Ε
NOVARTIS HELLAS Α.Ε.Β.Ε.
PFIZER HELLAS S.A.
PHARMASERVE LILLY
PHARMA SWISS HELLAS S.A.
ROCHE HELLAS S.A.
SCHERING-PLOUGH S.A.
VERISFIELD LTD

Επίσης ιδιαίτερα ευχαριστούμε τους κάτωθι φορείς
για την υποστήριξή τους και την Αιγίδα τους:

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ministry of Health and Welfare

Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
Ministry of National Education and Religious Affairs

Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
University of Athens Dental School

Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής
Athens Dental Society

MASCC - Multinational Association of Supportive Care in Cancer

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος Διεξαγωγής Royal Olympic Hotel

Αθ. Διάκου 28 - 34, Αθήνα 117 43
Τηλ. 210 9288400, web site : www.royalolympic.com

Ημερομηνίες Διεξαγωγής 29 Φεβρουαρίου - 2 Μαρτίου 2008

Δικαίωμα Συμμετοχής

Κατηγορία

Μέλη	90 Ευρώ
Μη Μέλη	120 Ευρώ
Ειδικευόμενοι	100 Ευρώ
Νοσηλευτές & Λοιπά	
Επαγγέλματα Υγείας	60 Ευρώ
Φοιτητές	Δωρεάν

Το Δικαίωμα Συμμετοχής περιλαμβάνει: Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος, Επίσκεψη Εκθεσιακού Χώρου, Έντυπο Υλικό Συνεδρίου, Τελετή Έναρξης, Διάλειμμα Καφέ

Επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου θα είναι η Ελληνική. Το Σάββατο 1 Μαρτίου θα υπάρχει μετάφραση των ξένων ομιλιών.

Κάρτες Συνεδρών (badges)

Οι κάρτες των Συνεδρών (badges) θα παραδίδονται από τη Γραμματεία σε όλους τους εγγεγραμμένους συνέδρους και θα είναι ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ για την είσοδο τόσο στους συνεδριακούς χώρους όσο και στην έκθεση, καθ' όλη τη διάρκεια της εκδήλωσης.

Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Posters)

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα υπάρχει έκθεση Αναρτημένων Ανακοινώσεων, στο φουαγιέ της αίθουσας ΟΛΥΜΠΙΑ.

Έκθεση Εταιρειών

Η έκθεση θα λειτουργήσει από 29 Φεβρουαρίου - 2 Μαρτίου 2008

Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Πιστοποιητικό Συμμετοχής θα λάβουν όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι, οι οποίοι θα παρακολουθήσουν τις εργασίες του Συνεδρίου.

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το Συνέδριο αξιολογείται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με **12 μόρια** αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης (Σ.Ι.Μ.Ε./CME-CPD).

Ώρες λειτουργίας Γραμματείας

Παρασκευή 29 Φεβρουαρίου 2008	16.00 - 21.30
Σάββατο 1 Μαρτίου 2008	08.30 - 20.30
Κυριακή 2 Μαρτίου 2008	09.00 - 13.30

GENERAL INFORMATION

Location

Royal Olympic Hotel

28 - 34 Ath. Diakou str., Athens, 117 43
Tel : + 030 210 9288400, web site : royalolympic.com

Date

29 February - 02 March 2008

Registration Fees

Category

Members	90 Euro
Non Members	120 Euro
Trainees	100 Euro
Nurses & other Professions	60 Euro
Students	Free

Registration fee includes: Admission to all Scientific Sessions, Admission to the Commercial Exhibition, Congress Material, Admission to the Opening Ceremony, Admission to Coffee Break

Official Language of Congress

The official language of the Congress is Greek. On Saturday, March 1, there will be translation of the English Lectures.

Posters

Posters will be exhibited during the Congress at the foyer of Olympia room.

Commercial Exhibition

Will operate from February 29th to March 2nd.

Certificate of Attendance

A Certificate of Attendance will be given to all registered participants

CME Accreditation

The Congress is accredited by the Panhellenic Medical Society to provide **12 credits** to medical specialists recognized by the European Union of Medical Specialists (UEMS) concerning the Continuing Medical Education (CME-CPD).

On site Secretariat

The Secretariat will operate during the congress as follows:

Friday 29 March 2008	16.00 - 21.30
Saturday 1 March 2008	08.30 - 20.30
Sunday 2 March 2008	09.00 - 13.30

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2008

- 16:00 - 17:00** ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ - ΕΓΓΡΑΦΕΣ
- 17:00 - 17:50** **Ο Ογκολογικός Ασθενής - Ψυχοκοινωνικά προβλήματα**
Πρόεδροι: **Θεσσαλία Αθανασούλη, Στέλιος Γραφάκος**
- 17:00-17:20 *Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα ογκολογικού ασθενούς*
Γεώργιος Σαμώνης
- 17:20-17:40 *Το παιδί με καρκίνο*
Ελένη Βασιλάτου - Κοσμίδη
- 17:40-17:50 *Συζήτηση*
- 17:50 - 18:15** ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 18:15 - 20:00** **Οι Ογκολογικές Θεραπείες: Συστηματικές Επιπλοκές και η Σχέση τους με το Στόμα**
Πρόεδροι: **Φοίβος Μαδιανός, Γεώργιος Σαμέλης**
- 18:15-18:30 *Χημειοθεραπεία συμπαγών όγκων*
Κωνσταντίνος Συρίγος
- 18:30-18:45 *Χημειοθεραπεία αιματολογικών κακοηθειών*
Ιωάννης Δερβενούλας
- 18:45-19:00 *Χημειοθεραπεία παιδιών με αιματολογικές κακοήθειες και συμπαγείς όγκους*
Βασιλική Σίδη
- 19:00-19:15 *Η ακτινοθεραπεία κακοήθων όγκων κεφαλής και τραχήλου*
Γρηγόρης Γεωργακόπουλος
- 19:15-19:30 *Μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων*
Βασιλική Κίτρα-Ρούσσου
- 19:30-19:45 *An introduction to targeted anti-cancer therapies*
Dorothy Keefe
- 19:45-20:00 *Συζήτηση*
- 20:30** **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**
Χαιρετισμοί
Ουρανία Νικολάτου - Γαλίτη, Πρόεδρος της ΕΕΥΑΣΟΑ
Γεώργιος Βουγιουκλάκης, Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Συνεδρίου
Αθανάσιος Κατσίκης, Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής
Παναγιώτης Παντελάκος, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Ιωάννης Δερβενούλας, Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Αιματολογικής Εταιρείας
Γεράσιμος Αραβαντινός, Αντιπρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος
Δημήτριος Καρδαμάκης, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Γηριατρικής Ογκολογίας
- Διάλεξη**
The importance of the collaboration between the oncology team for maintenance of oral health
Cesar Migliorati
- 21:30** ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

SCIENTIFIC PROGRAM

FRIDAY FEBRUARY 29, 2008

16:00 - 17:00 REGISTRATIONS

17:00 - 17:50 **The Oncology Patient - Psychosocial Considerations**

Moderators: **Thesalia Athanassouli, Stelios Grafakos**

17:00-17:20 *Psychological & social problems of patients with neoplasia*

George Samonis

17:20-17:40 *The child with cancer*

Helen Vasilatou-Kosmidis

17:40-17:50 *Discussion*

17:50 - 18:15 **BREAK**

18:15 - 20:00 **Oncology Therapies: Systemic Complications and their relation to the oral cavity**

Moderators: **Foebos Madianos, George Samelis**

18:15-18:30 *Chemotherapy of solid tumors*

Konstantinos Syrigos

18:30-18:45 *Chemotherapy of haematological malignancies*

John Dervenoulas

18:45-19:00 *Chemotherapy of haematological malignancies and solid tumors in children*

Vassiliki Sidi

19:00-19:15 *Radiotherapy in head and neck cancer*

Grigoris Georgakopoulos

19:15-19:30 *Haematopoietic stem cell transplantation*

Vassiliki Kitra-Roussou

19:30-19:45 *An introduction to targeted anti-cancer therapies*

Dorothy Keefe

19:45-20:00 *Discussion*

20:30 **OPENING CEREMONY**

Welcome Addresses

Ourania Nicolatou - Galitis, *President of the HASCOCC*

Georgios Vougiouklakis, *President of the Scientific Committee of the Congress*

Athanasios Katsikis, *President of the Athens Dental Society*

Panagiotis Pantelakos, *President of the Hellenic Society of Therapeutic Radiology & Oncology*

Ioannis Dervenoulas, *Vice President of the Hellenic Society of Haematology*

Gerasimos Aravantinos, *Vice President of the Hellenic Society of Medical Oncology*

Dimitrios Kardamakis, *President of the Hellenic Society of Geriatric Oncology*

Lecture

The importance of the collaboration between the oncology team for maintenance of oral health

Cesar Migliorati

21:30 **WELCOME RECEPTION**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

09:00 - 10:00

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, Γεώργιος Πισσάκας

- 0 01** **ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΛΗΨΗΣ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ**
Μουζακίτη Ε., Τζέρμπος Φ., Πεπελάση Ε., Ραζή Ε.
Εργαστήριο Περιοδοντολογίας
Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Ογκολογική Κλινική- Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο "Υγεία"
- 0 02** **ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΟΔΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΛΑΒΕΙ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Φανδριδής Ι., Ζερβού-Βάλβη Φ., Χρανιώτη Σ., Θωμά-Τσαγκλή Ε.
Οδοντιατρικό και Παθολογοανατομικό Τμήμα του Γ.Ν. "Ασκληπιείο Βούλας"
- 0 03** **ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ (ΟΝΓ) ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**
Ξερέτη Μαρία, Κατσοιράκης Μιχαήλ, Μπατζακάκης Δημήτριος, Αγά-Κουμπίτσκα Ειρήνη
Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Οδοντιατρικό Τμήμα, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
- 0 04** **ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΟΥΛΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ/ ΤΡΑΧΗΛΟΥ**
Τ. Σαρρή¹, Δ. Γαλίτη¹, Α. Ξανθινάκη¹, Π. Αθανασιάδου²
¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
- 0 05** **ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**
Δ.Γαλίτη¹, Τ.Σαρρή¹, Α.Ξανθινάκη¹, Ι.Γιωτάκης², Ε. Σαμπατάκου³
¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
²Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο"
³Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Παθολογική, Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο"
- 0 06** **ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΦΕΛΟΥΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ II ΚΑΙ III**
Ντομουχτσής Α.¹, Κυργίδης Α.¹, Κοντός Κ.¹, Κεχαγιάς Ν.¹, Κιζιρίδου Α.², Ανδρεάδης Χ.³, Βαχτσεβάνος Κ.¹
¹Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Θεσσαλονίκης
²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
³3ο Τμήμα Κλινικής Ογκολογίας, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
- 0 07** **ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΑ ΑΤΥΠΗ CD30+ Τ-ΛΕΜΦΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΛΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΟΥ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΟΣ**
Αρσινόη Ξανθινάκη¹, Θεοδώρα Παπαδάκη², Γεράσιμος Νικολάτος³, Κωνσταντίνος Κατουμάς⁴, Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη¹, Ελένη Κοσμίδη⁴
¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός"
³ΩΡΛ Κλινική, Νοσοκομείο "Ελπίς"
⁴Παιδιατρική Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "Π.&Α. Κυριακού"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

- 0 08 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΥΨΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΙΑΣΜΟ ΜΕ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ**
Π.Χέρας, Α.Χατζόπουλος, Κ.Κρητικός
Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων
- 0 09 ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ**
Ι. Αρτοπούλου, Γ. Παπαβασιλείου
Μεταπτυχιακή Κλινική, Εργαστηρίου Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
- 0 10 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ**
Δ. Βόμβας, Μ. Πομώνη, Δ. Σπυροπούλου, Δ. Καρδαμάκης
*Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών*
- 0 11 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΓΚΟ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ. ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
Φραγκανδρέα Ι.¹, Ηλιόπουλος Ε.¹, Γιαννοπούλου Α.¹, Δεμέναγας Δ.¹, Κύργιας Γ.¹, Ναχάτ Μ.¹,
Σωτηροπούλου Α.¹, Σιαπκαρά Γ.³ και Γιωτάκης Ι.²
*1. Β Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"
2. ΩΡΛ Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών
3. Οδοντιατρική Σχολή Ε.Κ.Πανεπιστημίου Αθηνών*

10:00 - 10:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

10:15 - 12:45 Οξείες επιπλοκές στο Στόμα από τις ογκολογικές θεραπείες
Πρόεδροι: **Ευθυμία Κιτράκη, Γεώργιος Κλούβας**

- 10:15-10:45 *Mucositis: The mouth ulcer and beyond*
Dorothy Keefe
- 10:45-11:15 *Λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος κατά την χημειο- και ακτινο-θεραπεία*
Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη
- 11:15-11:35 *Εν τω βάθει μυκητιάσεις της τραχηλοπροσωπικής χώρας*
Γεώργιος Πετρίκκος
- 11:35-12:05 *Βακτηριακές λοιμώξεις στην Οδοντιατρική*
Παναγιώτης Γαργαλιάνος-Κακούρης
- 12:05-12:25 *Oral complications in cancer patients treated with hematopoietic stem cell transplantation*
Judith Raber-Durlacher
- 12:25-12:45 *Συζήτηση*

12:45 - 13:00 ΔΙΑΛΛΕΙΜΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

13:00 - 14:15 Όψιμες ή απώτερες επιπλοκές στο Στόμα από τις ογκολογικές θεραπείες
Πρόεδροι: **Μιχάλης Κατσουράκης, Δημήτρης Καρδαμάκης**

13:00-13:30 *Bisphosphonates-associated osteonecrosis BON*

Cesar Migliorati

13:30-13:45 *BON and Laser Therapy*

Erica Migliorati

13:45-14:00 *Δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων, Οστεοακτινονέκρωση, Ίνωση, Τρισμός*

Αρσινόη Ξανθινάκη

14:00-14:15 *Συζήτηση*

14:15 - 15:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ, ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

P 01 ΓΛΩΣΣΟΔΥΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΣΗΣΗΣ [μια σπάνια περίπτωση]

Φ. Νικολοπούλου, Ε. Τζωρτζοπούλου, Π. Κτενά-Αγαπητού, Ε. Αγαπητός

*Εργαστήριο Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών **

*Παθολογικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. ***

P 02 Η ΑΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κυργίδης Α.¹, Κολούτσος Γ.¹, Κοντός Κ.¹, Κεχαγιάς Ν.², Ντομουχτσής Α.¹, Αντωνιάδης Κ.²

¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο" Θεσσαλονίκης

² Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

P 03 ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ι. Αρτοπούλου, Β. Χρονόπουλος

Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

P 04 ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ (ΒΣ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ)

Βασιλική Κυριαζή, Βασιλική Δεληστράτη, Βασιλική Βαρσαμά, Δημήτριος Καρακάσης, Ιωάννης

Μπαλταδάκης, Ιωάννης Αποστολίδης, Νικόλαος Χαρχαλάκης, Εμμανουήλ Νικηφοράκης

Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική, ΜΜΜΟ, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

P 05 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σουλιμιώτη Γεωργία (1), Σωτηριάδου Κωνσταντινιά (1), Κύργιας Γεώργιος (2)

(1): Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Π.Γ.Ν. Λάρισας

(2): Β' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"

P 06 ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΠΡΟΣΩΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΘΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΜΛ)

Βασιλική Κυριαζή, Ιωάννης Αποστολίδης, Νικόλαος Χαρχαλάκης, Ιωάννης Μπαλταδάκης,

Δημήτριος Καρακάσης, Εμμανουήλ Νικηφοράκης.

Αιματολογική -Λεμφωμάτων Κλινική, ΜΜΜΟ, ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

- P 07 Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ (ΤΣΤ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ (ΡΝΦ)**
Π. Γκόγκου, Χ. Αρμπιλιά, Χ. Αντύπας, Μ. Μπαλαφούτα, Γ. Ζαχαρογιάννη, Α. Θεοδωρίδου, Ι. Γόγαλης, Ι. Κούβαρης, Λ. Βλάχος
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο
- P 08 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ vs ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ**
Δ. Βόμβας, Μ. Μαρτίνου, Χ. Χριστόπουλος, Δ. Καρδαμάκης
*Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας
Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών*
- P 09 ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ**
Δ. Δεμέναγας¹, Ε. Ηλιόπουλος¹, Α. Γιαννοπούλου¹, Ι. Φραγκανδρέα¹, Μ. Ναχάτ¹, Γ. Κύργιας¹, Α. Σωτηροπούλου¹, Α. Αρδαβάνης²
*1. Β' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"
2. Α' Παθολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"*
- P 10 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ**
Βλασταράκος Σ. Β¹, Σταύρου Ε. ², Σταύρου Ε.Ι.³
*1. Χειρουργός-Οδοντίατρος
2. Νοσοκομείο "Παμμακάριστος", Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών
3. Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*
- P 11 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΥΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ**
Κολούτσος Γ.¹, Κυργίδης Α.¹, Τελειούδης Ζ.¹, Ζέρβας Κ.², Βέρρου Ε.², Γιοβάνη Π.¹, Ξηρού Π.³, Βαχτσεβάνος Κ.¹
*¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο" Θεσσαλονίκης
² Αιματολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο" Θεσσαλονίκης
³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο" Θεσσαλονίκης*
- P 12 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΜΑΡΤΥΡΩΝ**
Κυργίδης Αθανάσιος¹, Κολούτσος Γεώργιος¹, Τελειούδης Ζήσης¹, Πατρικίδου Άννα¹, Ανδρεάδης Χαράλαμπος¹, Τσομπανίδου Χ.¹, Τριαρίδης Στέφανος², Βαχτσεβάνος Κωνσταντίνος¹
*¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
² Γ' Χημειοθεραπευτικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"
³ Α' ΩΡΛ Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Α.Χ.Ε.Π.Α."*
- P 13 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΙΒΑΝΔΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ (Bodronat®, Roche).**
C. Migliorati¹, Β.Ν. Αρμόνης², Α. Ξανθινάκη³, Ο. Νικολάτου-Γαλίτη³
*1. NSU College of Dental Medicine, Diagnostic Sciences, Florida
2. 6ο Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ, Αθήνα
3. Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

- P 14 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. 4ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**
Χ.Ν. Χριστόπουλος, Α.Κούτρας², Β.Βασιλείου¹, Θ. Μακατσώρης², Χ. Καλόφωνος², Δ. Καρδαμάκης¹
¹Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ²Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας - Ογκολογικό, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίον
- P 15 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ, ΓΝΑΘΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΞΙΣΤΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**
Πιάγκου Μάρα, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκος Γιαννούλης, Κοτσιομήτης Βαγγέλης, Αναγνωστοπούλου Σοφία
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- P 16 ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ**
Πιάγκου Μάρα, Δουβετζέμης Στέργιος, Νικολάκης Γιώργος, Πιάγκος Γιαννούλης, Παράσχος Αλέκος, Αναγνωστοπούλου Σοφία
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
- P 17 ΣΥΝΔΡΟΜΟ DI GUGLIELMO Ή ΕΡΥΘΡΟΛΕΥΧΑΙΜΙΑ**
Πιάγκου Μάρα, Πιάγκος Γιαννούλης
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- P 18 ΤΟ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ**
Πιάγκος Γιαννούλης, Νικολάκης Γιώργος, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- P 19 ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ WALDENSTROM: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**
Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα, Μαζαράκης Αντώνης, Πιάγκος Γιαννούλης, Αναγνωστοπούλου Σοφία
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- P 20 ΤΟ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ**
Πιάγκος Γιαννούλης, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- P 21 ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ) ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΒΛΑΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΛΛ): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**
Γουσέτης Ευγένιος, Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Περιστέρη Ιουλία, Παΐσιου Άννα, Βεσσαλάς Γεώργιος, Πετράκου Ευτυχία, Γραφάκος Στέλιος.
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα
- P 22 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**
Περιστέρη Ιουλία, Παΐσιου Άννα, Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλάς Γεώργιος, Θεοδοσάκη Μαρία, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα.
- P 23 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΡΚ) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΥΕΛΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ : Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**
Παΐσιου Άννα, Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Περιστέρη Ιουλία, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλάς Γεώργιος, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδων "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

15:30 - 16:30

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Πρόεδροι: **Ιωάννης Ιατρού, Νίκος Αναγνωστόπουλος**

- 0 12 Η ΑΝΟΣΟΚΥΤΤΑΡΟΧΗΜΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ EGFR ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΠΟ ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ**
Μπόγλου Κ., Βαλερή Ρ.Μ., Πατρικίδου Α., Κοντός Κ., Βαχτσεβάνος Κ., Δεστούνη Χ.
Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Γναθοχειρουργική Κλινική, Θεαγένειο Καρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 0 13 ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**
Μποζιάρη Π., Παπαδοπούλου Ε., Ξανθινάκη Α., Σωτηροπούλου-Λόντου Αναστ, Κουλουλίας Β, Κούβαρης Ι, Πισσάκας Γ, Κυπριανού Κ, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.
Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα Νοσοκομείων "Αγ.Σάββας", "Αττικόν", "Αρεταίειο", "Αλεξάνδρας", "Euromedica"
- 0 14 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΡΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**
Α. Ξανθινάκη¹, Ο. Νικολάτου-Γαλίτη¹, Π. Αθανασιάδου², Μ. Γονίδη³, Β. Κουλουλίας⁴, Α. Σωτηροπούλου-Λόντου⁵, Γ. Πισσάκας⁶, Κ. Κυπριανού⁷, Ι. Κούβαρης⁸, Ε. Πατσούρης²
Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,¹ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,² Κυτταρολογικό και Παθολοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,³ Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα Νοσοκομείων "Αττικόν",⁴ "Αγ. Σάββας",⁵ "Αλεξάνδρας"⁶ "Euromedica-Αθήναιον",⁷ "Αρεταίειον"⁸
- 0 15 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΑΖΩΤΟΥΧΑ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.**
Κατσουράκης Μιχάλης¹, Σερέτη Μαρία¹, Λαμπροδήμου Γεωργία², Παπαδούλης Νικόλαος³, Αγά-Κουμπίτσκα Ειρήνη¹
ΓΝ Λάρισας, Οδοντιατρικό Τμήμα¹, Ογκολογική Κλινική², Τμήμα Αιμοδοσίας³
- 0 16 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ**
Παπαδοπούλου Ερ.¹, Μποζιάρη Π.¹, Ξανθινάκη Α.¹, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.¹, Κυρτσώνη Χρ.², Ρεπούσης Π.³, Κοκκίνη Γ.⁴
Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς¹
Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
Νοσοκομεία "Λαϊκό"², "Μεταξά"³, "Σισμανόγλειο"⁴
- 0 17 ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Νικόλαος Γ. Τζωρτζάκης, Φοίβος Μαδιανός, Σταυρούλα Μασουρίδη, Γ.Α. Πάγκαλης
Εργαστήριο Περιοδοντολογίας και Μονάδα ογκολογικού ασθενούς Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ
- 0 18 ΜΠΟΡΕΙ Η ΔΙΑΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (IMRT) ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗΝ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΝΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;**
Χ.Ν. Χριστόπουλος, Β.Βασιλείου, Δ. Καρδαμάκης
Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίον

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

0 19 Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ - ΤΡΑΧΗΛΟΥ.

Δαμάσκος Σπ., Δοντά Α., Τσιχλάκης Κ., Νικολάτου-Γαλίτη Ουρ.
Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος
Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς
Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Αθήνας

0 20 SYNCHRONOUS OCCURRENCE OF ASPERGILLOSIS AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE MAXILLARY SINUS

Beck-Mannagetta J.*, Willinger B.**, Gareis M.***
* Clinic of Maxillofacial Surgery/SALK- PMU, A-5020 Salzburg
** Inst. of Clinical Microbiology/AKH, A-1090 Wien, Austria
*** Inst. of Microbiology and Toxicology/BAFF, D-95326 Kulmbach

0 21 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ) ΑΠΟ ΜΗ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΟΤΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Παϊσίου Άννα, Περιστέρη Ιουλία, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλάς Γεώργιος, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.
Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

0 22 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Σαρλάνη Ε., Νικητάκης Ν., Καμπέρος Γ.
Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

16:30 - 16:45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

16:45 - 18:30 Η Συμβολή του Οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς-I
Πρόεδροι: **Βύρων Δρούκας, Ιωάννης Κούβαρης**

16:45-17:05 Χειρουργική όγκων Κεφαλής και Τραχήλου

Νίκος Παπαδογεωργάκης

17:05-17:20 Η συμβολή του προσθετολόγου

Ιόλη Αρτοπούλου

17:20-17:35 Ακτινογραφική αξιολόγηση και διερεύνηση της στοματικής κατάστασης

Αικατερίνη Δοντά

17:35-17:55 Η περιοδοντική θεραπεία

Ευδοξία Πεπελάση

17:55-18:15 Υλικά και τεχνικές αποκατάστασης

Ιωάννης Τζούτζας

18:15-18:30 Συζήτηση

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

18:30 - 20:00 **Η Συμβολή του Οδοντίατρου στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς-II**
Πρόεδροι: **Σταύρος Παπανικολάου, Αναστασία Σωτηροπούλου-Λόντου**

18:30-18:50 *Η συμβολή της Κλινικής της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής*

Εμμανούηλ Σταύρου

18:50-19:10 *Οδοντιατρική φροντίδα στην παιδιατρική ογκολογία*

Αικατερίνη Καββαδία

19:10- 19:25 *Έμετος και ναυτία, ξηροστομία: Η προστασία των οδοντικών και περιοδοντικών ιστών*

Βασίλειος Παπαιωάννου

19:25-19:40 *Ο στοματοπροσωπικός πόνος στον ογκολογικό ασθενή.*

Ειρήνη Κασιδώνη, Βύρων Δρούκας

19:40-20:00 *Συζήτηση*

20:00 - 20:30 **Πως μπορεί να βοηθήσει ο νοσηλευτής**
Πρόεδροι: **Ελένη Μαμάη-Χωματά , Βασίλης Κουλουλίας**

20:00-20:20 *Η συμβολή του νοσηλευτή για τη φροντίδα της υγείας του στόματος στον ογκολογικό ασθενή*

Κυριακή Πισσάκη

20:20-20:30 *Συζήτηση*

SCIENTIFIC PROGRAM

SATURDAY MARCH 1, 2008

- 09:00 - 10:00** **ORAL PRESENTATIONS**
Moderators: **Flora Zervou-Valvi, George Pissakas**
11 presentations
- 10:00 - 10:15** **BREAK**
- 10:15 - 12:45** **Acute oral Complications in cancer therapies**
Moderators: **Efthimia Kitraki, Georgios Klouvas**
- 10:15-10:45 *Mucositis. The mouth ulcer and beyond*
Dorothy Keefe
- 10:45-11:15 *Oral infections in chemo- and radiation -therapy*
Ourania Nicolatou-Galitis
- 11:15-11:35 *Deep fungal infections of maxillofacial area*
George Petrikkos
- 11:35-12:05 *Bacterial infections in Dentistry - Therapeutic considerations*
Panos Gargalianos-Kakolyris
- 12:05-12:25 *Oral complications in cancer patients treated with hematopoietic stem cell transplantation*
Judith Raber-Durlacher
- 12:25-12:45 *Discussion*
- 12:45 - 13:00** **BREAK**
- 13:00 - 14:15** **Late oral complications in cancer therapies**
Moderators: **Michalis Katsourakis, Dimitrios Kardamakis**
- 13:00-13:30 *Bisphosphonates-associated osteonecrosis BON*
Cesar Migliorati
- 13:30-13:45 *BON and Laser Therapy*
Erica Migliorati
- 13:45-14:00 *Salivary gland dysfunction, xerostomia, osteoradionecrosi, trismus*
Arsinoe Xanthinaki
- 14:00-14:15 *Discussion*
- 14:15 - 15:30** **COFFEE BREAK, POSTERS**
Posters Presentation, 23 posters
- 15:30 - 16:30** **ORAL PRESENTATIONS**
Moderators: **John Iatrou, Nikolaos Anagnostopoulos**
8 presentations

SCIENTIFIC PROGRAM

SATURDAY MARCH 1, 2008

16:30 - 16:45 **BREAK**

16:45 - 18:30 **What the Dental Team Can Do-I**
Moderators: **Byron Droukas, John Kouvaris**

- 16:45-17:05 *Surgical oncology in head and neck*
Nikos Papadogeorgakis
- 17:05-17:20 *The role of maxillofacial prosthodontist*
Ioli Artopoulou
- 17:20-17:35 *Radiographic evaluation of the dental health status.*
Aikaterini Donta
- 17:35-17:55 *Periodontal treatment*
Evdoxia Pepelasi
- 17:55-18:15 *Materials and Techniques for conservative restorations in Tumors Patients*
John Tzoutzas
- 18:15-18:30 *Discussion*

18:30 - 20:00 **What the Dental Team Can Do-II**
Moderators: **Stavros Papanikolaou, Anastasia Sotiropoulou-Lontou**

- 18:30-18:50 *The participation of the Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery*
Emmanouel Stavrou
- 18:50-19:10 *Dental care in children with cancer*
Aikaterini Kavvadia
- 19:10- 19:25 *Emesis and nausea, xerostomia. The protection of the dental and periodontal tissues*
William Papaioannou
- 19:25-19:40 *Orofacial pain in oncology patient*
Eirini Kasidoni
- 19:40-20:00 *Discussion*

20:00 - 20:30 **What the nurses can do**
Moderators: **Helen Mamai-Homata, Vassilis Kouloulis**

- 20:00-20:20 *The role of the nurse in the maintenance of oral health in cancer*
Kiriaki Pissaki
- 20:20-20:30 *Discussion*

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΚΥΡΙΑΚΗ 2 ΜΑΡΤΙΟΥ 2008

- 09:30 - 11:00** **HIV λοίμωξη / AIDS, Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C - I**
Πρόεδροι: **Κωνσταντίνος Τόσιος, Χρυσάνθη Μητσούλη**
- 09:30-10:00 *HIV λοίμωξη / AIDS, HBV, HCV: επιδημιολογία - μετάδοση - πρόληψη*
Ελένη Σαμπατάκου
- 10:00-10:20 *Ο καρκίνος στη HIV λοίμωξη / AIDS*
Ιωάννης Μπαρμπούτης
- 10:20-10:50 *Σάρκωμα Kaposi, non Hodgkin's λέμφωμα, λοιμώξεις του στόματος στο AIDS. Η συμβολή στη διάγνωση*
Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη
- 10:50-11:00 *Radiopaque objects in colonizing aspergillosis of the maxillary sinus*
Johann Beck-Mannagetta
- 11:00-11:20 *Συζήτηση*
- 11:20 - 11:30** **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 11:30 - 12:45** **HIV λοίμωξη / AIDS, Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C - II**
Πρόεδροι: **Μαργαρίτα Μάκου, Μάρκος Φισφής**
- 11:30-12:00 *Case presentations in HIV/AIDS*
Cesar Migliorati
- 12:00-12:30 *Therapy in HIV-related oral lesions*
Erica Migliorati
- 12:30-12:45 *Συζήτηση*
- 12:45 - 13:00** **ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΒΡΑΒΕΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**
Επιστημονική Επιτροπή Βράβευσης
Johann Beck-Mannagetta
Κωνσταντίνος Δαρδούφας
Ουρανία Νικολάτου - Γαλίτη
Ιωάννης Τσουρβελούδης

SCIENTIFIC PROGRAM

SUNDAY, MARCH 2, 2008

09:30 - 11:00 **HIV infection / AIDS, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) - I**
Moderators: **Konstantinos Tossios, Chrysanthi Mitsouli**

09:30-10:00 *HIV infection / AIDS, HBV, HCV: epidemiology - transmission - prevention*

Helen Sampatakou

10:00-10:20 *Cancer in HIV infection / AIDS*

John Baraboutis

10:20-10:50 *Kaposi sarcoma, non Hodgkin's lymphoma, oral infections as early clinical diagnostic markers in HIV / AIDS*

O. Nicolatou-Galitis

10:50-11:00 *Radiopaque objects in colonizing aspergillosis of the maxillary sinus*

Johan Beck-Mannagetta

11:20-11:30 *Discussion*

11:20 - 11:30 **COFFEE BREAK**

11:30 - 12:45 **HIV infection / AIDS, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) - II**
Moderators: **Margarita Makou, Markos Fisis**

11:30-12:00 *Case presentations in HIV / AIDS*

Cesar Migliorati

12:00-12:30 *Therapy in HIV-related oral lesions*

Erica Migliorati

12:30-12:45 *Discussion*

12:45 - 13:00 **END OF THE CONGRESS - ABSTRACTS AWARDS**

Scientific Committee of Awards

Johann Beck-Managetta

Konstantinos Dardoufas

Ourania Nicolatou - Galitis

Ioannis Tsourveloudis

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΜΙΛΗΤΩΝ - ΠΡΟΕΔΡΩΝ SPEAKERS - CHAIRPERSONS INDEX

<i>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / NAME</i>	<i>ΣΕΛ. / PAGE</i>	<i>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / NAME</i>	<i>ΣΕΛ. / PAGE</i>
Beck-Mannagetta Johann	8, 10, 26, 27	Κούβαρης Ιωάννης	22, 25
Keefe M K Dorothy	8, 10, 14, 15, 17, 24	Κουλουλίας Βασίλειος	23, 25
Migliorati Cesar	8, 10, 14, 15, 18, 24, 26, 27	Μαδιανός Φοίβος	14, 15
Migliorati Erica	8, 10, 18, 24, 26, 27	Μάκου Μαργαρίτα	26, 27
Raber-Durlacher Judith	8, 10, 17, 24	Μαμάη-Χωματά Ελένη	23, 25
Αθανασούλη Θεσσαλία	14, 15	Μητσούλη Χρυσάνθη	26, 27
Αναγνωστόπουλος Νικόλαος	21, 24	Μπαραμπούτης Ιωάννης	26, 27
Αραβαντινός Γεράσιμος	14, 15	Νικολάτου - Γαλίτη Ουρανία	17, 24, 26, 27
Αρτοπούλου Ιόλη	22, 25	Ξανθινάκη Αρσινόη	18, 24
Βασιλάτου-Κοσμίδα Ελένη	14, 15	Παπαδογεωργάκης Νίκος	22, 25
Γαργαλιάνος-Κακολύρης Παναγιώτης	17, 24	Παπαϊωάννου Βασίλειος	23, 25
Γεωργακόπουλος Γρηγόρης	14, 15	Παπανικολάου Σταύρος	23, 25
Γραφάκος Στέλιος	14, 15	Πεπελάση Ευδοξία	22, 25
Δαρδούφας Κωνσταντίνος	26, 27	Πετρικός Γεώργιος	17, 24
Δερβενούλας Ιωάννης	14, 15	Πισσάκας Γεώργιος	16, 24
Δοντά Αικατερίνη	22, 25	Πισσάκη Κυριακή	23, 25
Δρούκας Βύρων	22, 23, 25	Σαμέλης Γεώργιος	14, 15
Ζερβού-Βάλβη Φλώρα	16, 24	Σαμπατάκου Ελένη	26, 27
Ιατρού Ιωάννης	21, 24	Σαμώνης Γεώργιος	14, 15
Καββαδία Αικατερίνη	23, 25	Σίδη Βασιλική	14, 15
Καρδαμάκης Δημήτριος	14, 15, 18, 24	Σταύρου Εμμανουήλ	23, 25
Κασιδώνη Ειρήνη	23, 25	Συρίγος Κωνσταντίνος	14, 15
Κατσίκης Αθανάσιος	14, 15	Σωτηροπούλου - Λόντου Αναστασία	23, 25
Κατσουράκης Μιχάλης	18, 24	Τζούτζας Ιωάννης	22, 25
Κίτρα-Ρούσου Βασιλική	14, 15	Τόσιος Κωνσταντίνος	26, 27
Κιτράκη Ευθυμία	17, 24	Τσουρβελούδης Ιωάννης	26, 27
Κλούβας Γεώργιος	17, 24	Φισφής Μάρκος	26, 27



**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ
LECTURES SUMMARIES**

RADIOPAQUE OBJECTS IN COLONIZING ASPERGILLOSIS OF THE MAXILLARY SINUS

Johann Beck-Mannagetta (1), Gernot Friedbacher (2)

1. *Clinic of Maxillofacial Surgery/PMU, Salzburg, Austria*
2. *Inst. of Chemical Technologies and Analytics, TU Wien, Vienna, Austria*

Objective: Radiopaque particles have been described as being typical for colonizing aspergillosis of the maxillary sinus (CAMS). The origin of this material was examined.

Method: Clinical and radiographic data in 108 patients with the diagnosis of CAMS were documented. 87 patients exhibited a small radiopaque particle within an occluded maxillary sinus. The particles of 63 patients were analyzed by energy-dispersive x-ray analysis. In 21 patients no radiodense object could be seen.

Results: Age ranged from 18 to 89 years (78 female, 30 male). Symptoms ranged from none to severe sinonasal infection. Analyses: Endomethasone (38x), Riebler's paste (12x), N2 (6x), AH26 (1x) and inconclusive (6x). After surgery no recurrence was observed. In 5 patients without a radiopaque object a synchronous carcinoma was found.

Discussion and conclusion: Our findings confirm a close correlation between CAMS and extruded endodontic sealer. Due to the different constituents of sealers it seems that heavy elements (responsible for the radiopacity) are not directly causing CAMS. Other factors (e.g. cytotoxic components, local tissue necrosis etc.) or spontaneous loss of the foreign body have to be considered. Zinc ions may further promote the growth of aspergillus spores and lead to the characteristic radiographic appearance of CAMS. Therefore extruded material from a cytotoxic sealer within the antrum is typical for CAMS. The fungal masses should be removed surgically. In immunocompromised patients antifungal medication is indicated.

MUCOSITIS: THE MOUTH ULCER AND BEYOND

Dorothy M K Keefe

Discipline of Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Adelaide

Anti-cancer therapies have always had unwanted side effects. Historically, each side effect was thought of as a separate entity, and investigated and treated accordingly. More recently it has become apparent that toxicities are linked; in risk, in patho-biology and in potential treatment strategies. The mouth ulcer of oral mucositis is the oral manifestation of damage that occurs throughout the gastrointestinal tract, and the underlying patho-biology has similarities that were previously unrecognised. Continuing with this idea, it is likely that other mucosal surfaces can be damaged in similar ways; bronchial wall, nasal passages, conjunctivae and genito-urinary tract all need to be investigated.

We now also know that certain non-mucosal toxicities are related to mucosal damage, and that the risk of one toxicity implies the risk of others not previously recognised as associated. Using pain as an example, we can look at the patho-biology of pain and of mucositis and see that similar genetic pathways are affected when these symptoms occur following anti-cancer treatment. The monoclonal antibody and small molecule targeted anti-cancer therapies pose new problems as their toxicities are not yet fully understood. However, oral and more distal mucosal injury are a feature and warrant further investigation.

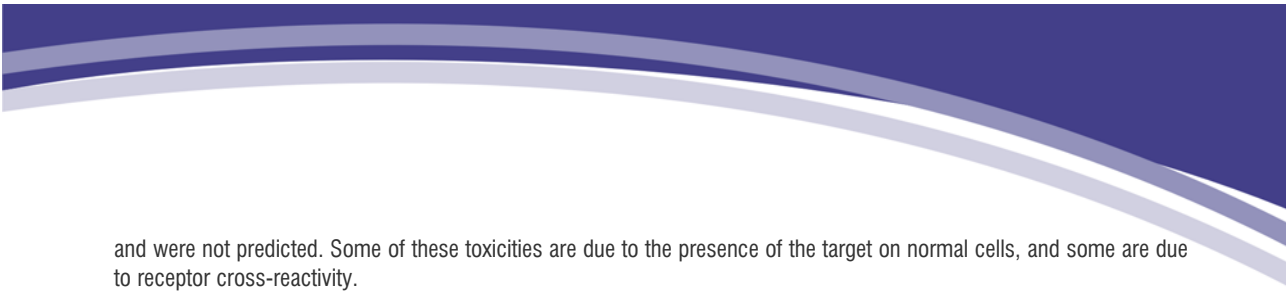
Current intervention strategies aim to target the mechanism of damage, without reducing anti-tumour effect, with the expectation that reducing mucosal toxicity may reduce associated toxicities. The future holds promise of genetic profiling of cancer patients for risk of toxicity as well as for most effective treatment regimen, thus optimising patient outcomes.

AN INTRODUCTION TO TARGETED ANTI-CANCER THERAPIES

Dorothy M K Keefe

Discipline of Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Adelaide

The term 'targeted anti-cancer therapy' has come to mean the use of monoclonal antibodies and small molecule tyrosine kinase inhibitors that target specific molecules on or within cancer cells in order to block the growth and spread of the cancer. They are supposed to have fewer side effects than traditional anti-cancer therapies because they focus on molecular and cellular changes that are specific to cancer. However, the more they are used, the more it becomes clear that they do have toxicities, some of which are as bad as the traditional drugs, and some of which are completely new,



and were not predicted. Some of these toxicities are due to the presence of the target on normal cells, and some are due to receptor cross-reactivity.

The most prominent side effects of the current drugs are rash, cardiac disease and diarrhoea. However, oral mucositis, neutropaenia and other toxicities also occur. Because these more systemic toxicities were not predicted from early studies, not much work has been done on their patho-biology and treatment. This is now being rectified with increasing focus on the patho-biology of cardio-toxicity, rash and diarrhoea. The patho-biology of the mouth ulcers has not been fully studied. Animal studies with monoclonal antibody therapies are limited by the humanisation of the antibodies which may therefore not be active in animal models. Small molecule tyrosine kinase inhibitors can be studied in animal models but have not yet been thoroughly investigated. There is clearly still much work to be done in this area.

THE IMPORTANCE OF THE COLLABORATION BETWEEN THE ONCOLOGY TEAM FOR MAINTENANCE OF ORAL HEALTH

Cesar Augusto Migliorati DDS, MS, PhD

Professor - Oral Medicine, NSU College of Dental Medicine, Fort Lauderdale - Florida

The objective of this presentation is to stimulate improvement in the collaboration between physicians, nurses, and dentists working in supportive care in cancer. This collaboration is important for the maintenance of oral health and patient quality of life during all stages of cancer therapy.

Oncology and cancer therapy are constantly evolving fields in medicine. Medical oncologists, radiation oncologists, and hematologist-oncologists are developing new techniques, new medications, and combinations of cancer therapy that can be cytotoxic for the oral tissues, resulting in severe complications for the patient. The dental oncologist must remain current relative to these changes in order to diagnose, prevent, and treat these complications. However, supportive care in cancer is not a subject thought in dental school curriculums. Therefore, dentist with interest in oncology must take additional training to become proficient in this area of medicine. On the other hand, physicians and nurses are not well trained in the diagnosis and treatment of oral disease. Thus, if these professionals do not maintain current their knowledge in the field, and do not work together, diseases that could have been prevented will be missed, oral diseases may go undiagnosed and could become a threat to the patient.

Acute and chronic complications of cancer therapy affect the oral cavity of patients receiving high-dose chemotherapy, radiation therapy, hematopoietic stem cell transplantation or a combination of several therapies. The acute complications include oral mucositis, opportunistic infections like oral candidiasis, bacterial, and herpetic infections, alteration of saliva and salivary gland functions, taste functions and bleeding. Chronic long-term complications in the oral cavity may put the patient at risk of permanent xerostomia, chronic infections, graft versus host disease and oral cavity necrosis. A dental professional with knowledge in oncology, and well integrated in the oncology team could help in the prevention, the diagnosis, and the treatment of these complications, improving oral and general health.

It is well recognized that a cancer patient undergoing therapy should maintain good oral health, perform oral hygiene procedures and be educated about possible complications of therapy that might affect the mouth. In order to achieve and maintain oral health, a patient must be evaluated and treated by a dentist prior to starting cancer therapy. The referral between professionals working in oncology should be part of a routine protocol. Proper referrals should include key information about the type of tumor that will be treated, the staging of the disease, the treatment protocol that will be used, and the expected complications. Although there are oncology centers around the world where this collaboration already exists, unfortunately a large number of patients with cancer do not have access to a well-integrated multiprofessional team. These patients will not be placed on preventive protocols for oral complications, will have poor oral health control, and will be at risk of developing side effects that might be untreatable. In addition, the presence of the dental oncologist in the cancer center will be important when patients develop oral diseases that need prompt diagnosis and treatment. The same type of integrated care should be available when patients complete cancer therapy. The development of integrated protocols to support the cancer patient throughout therapy will help them to complete treatment, having acceptable quality of life.

We will discuss aspects of this inter-professional collaboration and how it can improve patient care, oral and general health, contributing for the success of cancer therapy.

BISPHOSPHONATES-ASSOCIATED OSTEONECROSIS BON

Cesar Augusto Migliorati DDS, MS, PhD

Professor - Oral Medicine, NSU College of Dental Medicine, Fort Lauderdale - Florida

Jaw osteonecrosis or bisphosphonate associated osteonecrosis (BON) can be defined as the unexpected presence of necrotic bone anywhere in the oral cavity in a cancer patient taking a bisphosphonate, in the absence of radiation therapy to the head and neck, and after absence of healing after proper care (6-8 weeks). This osteonecrotic process can simulate routine dental or periodontal disease, leading the patient to seek dental care. Thus, as soon as a cancer patient being treated with a bisphosphonate complains of any problem in the oral cavity, immediate referral to the dentist is warranted. The most common clinical manifestation of BON is an area of exposed bone with a yellowish coloration, surrounded by erythematous, inflamed soft tissue. The area may be asymptomatic or become painful when secondarily infected by oral microorganisms.

There is no scientifically supported evidence linking the bisphosphonates directly with BON. However, so far, the bisphosphonates have been the only common factor present in all cases of BON reported. Bisphosphonates are synthetic analogues of pyrophosphate, medications that have high affinity for bone and that have a potent inhibitory effect over osteoclasts. There are several actions of the bisphosphonates that appear to be implicated in the formation of BON and could all be occurring within the bone basic multicellular units (BMUs). Bisphosphonates are known to inhibit osteoclast function, including apoptosis (programmed cell death). There is strong evidence that by inhibiting osteoclastic bone resorption, physiologic bone remodeling is altered. Thus, while there may be new bone formation by osteoblasts and osteocytes after microfractures of the skeleton occur, the damaged bone is not removed, causing an accumulation of old and dead bone. This may make the newly formed bone brittle. In addition, the anti-angiogenic properties of these drugs facilitate the development of altered intraosseous blood flow. The turnover rate of bone is suppressed and the physiologic remodeling that occurs in the BMUs is minimal or absent. When bone healing is required like after a dental extraction or any type of surgical procedure that involves bone, the bone is not able to repair. Because the oral cavity is a contaminated environment, infection of the area may perpetuate the process.

Based on these findings we will discuss the impact the use of bisphosphonates in oncology has on current oral and dental care.

BON AND LASER THERAPY

Erica Krohn Migliorati, D.D.S.

Assistant Professor, Department of Cariology and Restorative Dentistry, Director of the Laser in Dentistry Course, Nova Southeastern University, College of Dental Medicine, Fort Lauderdale, USA

This presentation will discuss the management of a patient with prostate cancer and osteonecrosis of the maxilla. The patient was treated with chemotherapy, hormone therapy and received Zoledronic acid intravenous infusions monthly for 9 months. He had also used risedronate per oral for years, prior to developing cancer, due to osteopenia. He presented to our clinic when other therapists had treated him without success.

In our patient population presenting with BON, treatment rendered is conservative and in many instances includes the association of conventional periodontal therapy and lasers. Two laser wavelengths have been used in the present case with equal success: Diode (815nm and CO₂ 1060nm).

ORAL COMPLICATIONS IN CANCER PATIENTS TREATED WITH HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

Judith Raber-Durlacher DDS, PhD

*Department of Hematology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands
Department of Periodontology, Academic Center for Dentistry Amsterdam, the Netherlands*

Originally a treatment of last resort, hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is now widely used as a potentially curative procedure for hematologic malignancies as well as a number of other diseases. Advances in HSCT such as the use of stem cells isolated from peripheral blood instead of bone marrow have resulted in faster engraftment and thus to a

shorter duration of pancytopenia. Reduced intensity conditioning regimens, associated with less toxicity, made HSCT available to older patients and patients with comorbidities. These new developments led to increased transplant rates and an altered spectrum of therapy-related complications such as mucositis, and to shifts in the prevalence and pattern of occurrence of infections and graft-versus-host disease. Oral supportive care is critical in the management of patients receiving HSCT and should be coordinated by experienced dental professionals in close cooperation with other health care disciplines. In addition, it is important that patients are monitored for long term complications that may develop in the head and neck area. In this presentation, dental professionals will be informed about basic principles of providing oral supportive care to HSCT patients. In addition, new technologies being applied to transplantation that may influence oral complications and oral care will be discussed and areas for future research will be identified.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΕΤΟΛΟΓΟΥ

Ιόλη Αρτοπούλου

Εργαστήριο Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η γναθοπροσωπική προσθετική είναι ο κλάδος της προσθητικής που ασχολείται με την αποκατάσταση ενδοστοματικών και εξωστοματικών ελλειμμάτων οφείλονται κυρίως σε τραύμα, νόσο ή συγγενή και αναπτυξιακά αίτια. Οι περισσότεροι ασθενείς που χρειάζονται γναθοπροσωπική προσθετική αποκατάσταση έχουν υποβληθεί σε εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις αφαίρεσης όγκων της περιοχής και του τραχήλου, ενώ η αντιμετώπιση αυτών των νεοπλασμάτων παρουσιάζει σημαντικά αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα.

Υλικά & Μέθοδος: Θα παρουσιαστούν κλινικά περιστατικά καρκίνου της κεφαλής και του τραχήλου. Η θεραπεία έγινε σε επίπεδο συνολικής αντιμετώπισης από ομάδα ειδικών. Οι ασθενείς εξετάζονται αρχικά από τον γναθοπροσωπικό χειρουργό, τίθεται η διάγνωση της νόσου, και παραπεμπεται στις κατάλληλες κλινικές για τον καθορισμό του σχεδίου θεραπείας μέσα από το ογκολογικό συμβούλιο. Το τελικό σχέδιο θεραπείας περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση και προσθετική αποκατάσταση. Οι ασθενείς πρέπει να παραπέμπονται στον γναθοπροσωπικό προσθετολόγο όσο νωρίτερα γίνεται κατά το σχεδιασμό του σχεδίου θεραπείας, με στόχο την εκτίμηση του στοματογναθικού συστήματος και το σχεδιασμό της μετέπειτα αποκατάστασης. Η προσθετική αποκατάσταση περιλαμβάνει αντιμετώπιση ενδοστοματικών και εξωστοματικών ελλειμμάτων, υποστηρικτική αγωγή κατά τις φάσεις της ακτινοβολίας και της χημειοθεραπείας και κατασκευή εξατομικευμένων ναρθήκων ακτινοβολίας.

Αποτέλεσμα-Συμπέρασμα: Η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου συνίσταται στην συνολική αντιμετώπιση σε επίπεδο ομαδικής προσέγγισης. Ο γναθοπροσωπικός προσθετολόγος είναι απαραίτητο μέλος της θεραπευτικής ομάδας καθώς η επιβίωση και η επανένταξη του ογκολογικού ασθενούς είναι έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους καθώς ο στόχος της θεραπευτικής ομάδας δεν είναι μόνο η απομάκρυνση της ίδιας της νόσου αλλά και η αποκατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών και της ποιότητας της ζωής του ασθενούς

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ελένη Βασιλάτου-Κοσμίδη

*Παιδίατρος-Ογκολόγος Νοσοκομείο Παιδών "Αγλαΐα Κυριακού"
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Αιματολογίας Ογκολογίας*

Η διάγνωση του καρκίνου στο παιδί εμφανίζεται ως κεραυνός εν αιθρία στη ζωή της οικογένειας, διαταράσσει τις υπάρχουσες ισορροπίες, δημιουργεί την ανάγκη επαναπροσδιορισμού στόχων και αξιών και αποτελεί πηγή ενοχών για τους γονείς οι οποίοι διερωτώνται: "τι έκανα και αρρώστησε το παιδί μου ή τι δεν έκανα και αρρώστησε το παιδί μου". Η ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση του παιδιού με καρκίνο επιβάλλει την προσέγγιση και αντιμετώπιση ολόκληρης της οικογένειας, την προσέγγιση και αντιμετώπιση από την πρώτη ημέρα και την αντιμετώπιση ανεξάρτητα από την πρόγνωση της υποκείμενης νόσου. Σημαντικό βήμα στη στήριξη της οικογένειας είναι η ενημέρωση. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται από γιατρό με ειδική εμπειρία και γνώση στην παιδιατρική ογκολογία που να είναι σε θέση να απαντά, κατά το δυνατόν, στα ποικίλα ερωτήματα των γονιών. Η παρουσία και των δύο γονιών κρίνεται απαραίτητη και οι πληροφορίες που θα δοθούν πρέπει να είναι κατά το δυνατόν σαφείς και να αφορούν την ίδια την νόσο, αλλά και τον τρόπο θεραπείας και την πρόγνωση. Η ενημέρωση πρέπει να είναι συνεχιζόμενη και να μην σταματά

στην πρώτη επαφή γονιών -ομάδας υγείας , να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια αποφυγής δημιουργίας αισθημάτων ενοχής και να παρέχεται η διαβεβαίωση ότι θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια για την επιστημονική και ψυχοκοινωνική φροντίδα του παιδιού. .

Ωστόσο είναι φανερό ότι η πρώτη ενημέρωση η οποία πρέπει να προσαρμόζεται στο κοινωνικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών , "τυπώνεται" ανεξίτηλα στη μνήμη τους , παίζει σημαντικό ρόλο στη στάση τους απέναντι στην ομάδα υγείας και σηματοδοτεί την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ή όχι. Οι γονείς πρέπει να προστατεύονται από ανορθόδοξες και μη ρεαλιστικές λύσεις δεδομένου ότι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Η συμμετοχή τους σε συλλόγους γονιών έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει ουσιαστική βοήθεια.

Η ενημέρωση του παιδιού ακολουθεί την ενημέρωση των γονιών και αφού έχει καταγραφεί η προσωπικότητα του παιδιού (ανοχές, αντοχές) και έχει ληφθεί υπόψη η ηλικία του. Η συζήτηση γίνεται με βάση τα συμπτώματα που οδήγησαν το παιδί στο Νοσοκομείο σε μία προσπάθεια δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης. Είναι απόλυτα αποδεκτό , το παιδί να θρηνησει την απώλεια της ελευθερίας του , την απώλεια των μαλλιών του και να αντιδράσει ανάλογα. Ο έφηβος αντιδρά διαφορετικά , θέτει όρους και απαιτεί διαφορετικούς χειρισμούς. Στα παιδιά πρέπει να δίνεται η δυνατότητα συνέχισης του σχολείου είτε μέσω του θεσμού "σχολείο στο Νοσοκομείο" ή χρησιμοποιώντας τους υπάρχοντες νόμους διδασκαλίας στο σπίτι.

Ιδιαίτερη βαρύτητα και σημασία πρέπει να δίνεται στα αδέρφια του παιδιού τα οποία νοιώθουν την απουσία των γονιών, εκφράζουν ενοχικά συναισθήματα και θα πρέπει, ανάλογα με την ηλικία τους , να αποκτήσουν ρόλο στην φροντίδα του παιδιού.

ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Παναγιώτης Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος

Δ/ντής Α΄ Παθολογικού Τμήματος-Μονάδας Λοιμώξεων, Γ.Ν. Αθηνών " Γ. Γεννηματάς"

Οι λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας είναι ένα συχνό πρόβλημα υγείας και οδηγεί σε αναγραφή πολλών συνταγών με αντιβιοτικά. Τα παθογόνα που εμπλέκονται είναι τόσο αερόβια όσο και αναερόβια ενώ η μικτή χλωρίδα παθογόνων αντιπροσωπεύει το 60 % των περιπτώσεων. Οι συνήθεις λοιμώξεις που αφορούν τη στοματική κοιλότητα είναι: περί την κορυφή της ρίζας του οδόντος, περιοδοντικές, μετεγχειρητικές, περιστεφανίτιδα. Η επικινδυνότητά τους οφείλεται στη δυνατότητα που έχουν, αν παραμεληθούν, να οδηγήσουν σε επέκταση της λοίμωξης και σχηματισμό αποστήματος ή/και σηψαιμίας, ειδικότερα σε ειδικές ομάδες ασθενών όπως ανοσοκατεσταλμένοι, διαβητικοί κ.α.

Τα αντιμικροβιακά φάρμακα που χορηγούνται ανήκουν στην ομάδα των β-λακταμών, λινκοσαμιδών ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ομάδα των νεότερων μακρολιδών τόσο ως μονοθεραπεία στις ήπιες μορφές όσο και συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής παροχέτευσης.

Τέλος τονίζεται η σημασία της αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης σε οδοντιατρικές πράξεις στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ενδοκαρδίτιδα.

Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Δρ. Γρηγόριος Γεωργακόπουλος

Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος

Δ/ντής Ακθ/κής-Ογκολογικής Κλινικής Ογκολογικού Νοσοκομείου ΙΚΑ "Γ. Γεννηματάς"

Ο καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου αποτελεί το 2-3% όλων των καρκίνων στις Η.Π.Α και είναι υπεύθυνος για το 1-2% όλων των θανάτων από καρκίνο. Αναφέρθηκαν 11.600 περιπτώσεις καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Από αυτές το 43% εμφάνισε τοπική λεμφαδενοπάθεια και το 10% απομετακρυσμένες μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης. Οι καρκίνοι της κεφαλής και του τραχήλου περιλαμβάνουν και μια ομάδα ασυνήθιστων όγκων που συχνά είναι επιθετικοί στη βιολογική τους συμπεριφορά. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς συχνά αναπτύσσουν μια δευτεροπαθή εστία. Αυτές οι περιπτώσεις απαντούν σε ετήσια κλίμακα στο 3-4%. Το 50-75% τέτοιων νέων περιπτώσεων, αφορούν το ανώτερο αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα ή τους πνεύμονες.

Τη στιγμή της διάγνωσης περίπου το 70% των ασθενών δεν έχουν εμφανείς απομετακρυσμένες μεταστάσεις και έτσι γίνονται μόνο τοπικοπεριοχικές θεραπείες, στις οποίες ο ρόλος της ακτινοθεραπείας είναι πρωταρχικός.

Η ανατομία της κεφαλής και του τραχήλου είναι σύνθετη σε σχετικά περιορισμένο χώρο από αεροφόρα οστά, μαλακούς

ιστούς και ευαίσθητα όργανα (νωτιαίος μυελός, στέλεχος, οπτικά νεύρα, χιάσμα, οισοφάγος, μεγάλοι σιελογόνοι αδένες) και διαιρείται σε περιοχές και συναφείς υποπεριοχές. Οι όγκοι κάθε περιοχής και υποπεριοχής έχουν μια μοναδική επιδημιολογία, ανατομία, φυσική ιστορία και θεραπευτική αντιμετώπιση. Όγκοι με ίδια ιστολογική εμφάνιση έχουν διαφορετική βιολογική συμπεριφορά.

Όταν η πρωτοπαθής βλάβη εξετάζεται, πρέπει να σημειώνεται η ακριβής τοπογραφική θέση και η έκταση της επιφάνειάς της. Επιπρόσθετα, η ολική εμφάνιση του όγκου (εξωφυτικός, ελκωτικός, κ.λ.π.) πρέπει να περιγράφεται, ενώ το βάθος της διήθησης πρέπει να υπολογίζεται.

Η θεραπεία εξαρτάται από: **1.** την φύση του νεοπλασματος (ιστολογική), **2.** την θέση του, **3.** το στάδιο, **4.** τη γενική κατάσταση του ασθενούς, **5.** την ηλικία.

Η **σωστή εφαρμογή της ακτινοθεραπείας** απαιτεί: **1.** σωστή τοποθέτηση, **2.** επαναληψιμότητα θεραπείας, **3.** σωστή εφαρμογή πλάνου θεραπείας, **4.** προστασία υγιών ιστών, **5.** επαρκής ημερήσια και συνολική δόση όγκου, **6.** αντιμετώπιση και έλεγχος τυχόν συμβαμάτων.

Η χρησιμοποίηση νεότερων απεικονιστικών μεθόδων για την ακριβή σκιαγράφιση της μακροσκοπικής έκτασης του όγκου (GTV), της μικροσκοπικής του επέκτασης (CTV) αλλά και ευαίσθητων φυσιολογικών ιστών που περιλαμβάνονται στα πεδία ΑΚΘ (OARs) είναι υψίστης σημασίας.

Η προετοιμασία της θεραπείας γίνεται: με τον **Εξομοιωτή Θεραπείας** (simulator) και το **Treatment planning system** και η θεραπεία με **Γραμμικό επιταχυντή (φωτόνια, ηλεκτρόνια, νετρόνια)** και **Μηχανήματα τηλεμεταφόρτισης**.

Η άμεση γειτονία με ευαίσθητους φυσιολογικούς ιστούς οδήγησε σε ανάπτυξη τεχνικών ΑΚΘ και Χειρουργικής για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των όγκων.

Η σύγχρονη ΑΚΘ περιλαμβάνει τεχνικές όπως: η σύμμορφη ΑΚΘ **_3DCRT**, η ΑΚΘ μεταβλητής έντασης πεδίων **_IMRT**, που επιτρέπει επιτυχή κατανομή δόσης σε όγκους στόχους ποικίλων σχημάτων, η Υπερκλασματοποιημένη ΑΚΘ (Hyperfractionated RT), η Επιταχυνόμενη ΑΚΘ (Accelerated RT) ή η Υπερκλασματοποιημένη Επιταχυνόμενη ΑΚΘ (Hyperfractionated accelerated RT).

Σήμερα η ακτινοθεραπεία δεν στοχεύει μόνο στο βέλτιστο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη προφύλαξη των γύρω υγιών ιστών.

Η σύγχρονη Ακτινοθεραπεία είναι περισσότερο ακριβής, αποτελεσματική και ασφαλής λόγω της ανάπτυξης πολύπλοκου και τεχνολογικά εξελιγμένου εξοπλισμού.

Η Ακτινοθεραπεία στην περιοχή εκτελείται με ΣΔΟ (Συνολική Δόση Όγκου): 66-70Gy, με ΗΜΟ (Ημερήσια Δόση Όγκου): 180-200cGy, σε 6,5-7 εβδομάδες.

Η ανάγκη χορήγησης υψηλών δόσεων και η παρεμβολή στα πεδία ακτινοθεραπείας υγιών ιστών αυξάνει την πιθανότητα σοβαρών παρενεργειών της θεραπείας.

Η σύγχρονη χορήγηση ΑΚΘ και ΧΜΘ φαρμάκων, κυρίως πλατίνας και 5-φθοριουρακίλης οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση συχνότητας οξείας τοξικότητας και υπάρχουν ενδείξεις σοβαρών απώτερων παρενεργειών και ίσως αυξημένος κίνδυνος σοβαρής ίνωσης.

Οι **επιπτώσεις της ακτινοβολίας στους ιστούς** έχουν άμεση σχέση με: **1.** τον τύπο του ιστού και τη σημασία που έχει για την ζωή του οργανισμού, **2.** το πόσο μεγάλη είναι η βλάβη, **3.** την δυνατότητα του ιστού για ανάπλαση, **4.** το αν υπάρχει αντιροπιστικός μηχανισμός.

Οι **επιπλοκές της Ακτινοθεραπείας** διακρίνονται σε: **πρώιμες** και **όψιμες**

Οι **πρώιμες ή άμεσες παρενέργειες συμβαίνουν** κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά την Ακτινοθεραπεία και περιλαμβάνουν και τοπικές και ιδιοσυγκρασιακές επιδράσεις.

Εξαρτώνται από: **α.** την ημερήσια δόση (ΗΜΟ), **β.** την περιοχή ακτινοβολήσης, **γ.** την ευαισθησία του ιστού, **δ.** την ιδιοσυγκρασία του ασθενούς.

1. ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ: Συχνή παρενέργεια (30-40%) λόγω ακτινοβόλησης των σιαλογόνων αδένων και στη μείωση της εκκριτικής ικανότητας τους. Η ξηροστομία θα παρουσιασθεί, έστω και σε μικρότερο βαθμό, σε όλους τους ασθενείς που θα κάνουν ακτινοθεραπεία και αποτελεί επίσης συχνή παρενέργεια της θεραπείας για Ca παρωτίδος όπου μπορεί να είναι και μόνιμη. Η ξηροστομία είναι υπεύθυνη και για την αυξημένη τερηδόνα.

2. ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΕΥΣΗΣ: Οφείλεται στην ακτινοβολία που παίρνουν οι γευστικές θηλές της γλώσσας αλλά και στην ξηροστομία.

Η ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ και η ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΕΥΣΗΣ μπορούν να ταλαιπωρήσουν για αρκετούς μήνες τον ασθενή.

3. ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ: είναι η πιο κοινή παρενέργεια και θα παρουσιασθεί, έστω και σε μικρότερο βαθμό, σε όλους τους ασθενείς που θα κάνουν ακτινοθεραπεία. Μπορεί να φτάσει σε ΣΟΒΑΡΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ, με αποτέλεσμα την ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ του

ασθενούς. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς που θα υποβληθούν σε RT της περιοχής κεφαλής και τραχήλου θα πρέπει να έχουν την καλύτερη δυνατή γενική κατάσταση υγείας (Performance Status) και θρέψης.

Κάποιοι από τους ασθενείς αυτούς, θα χρειαστεί να υποβληθούν σε παρεντερική σίτιση ή σε γαστροστομία για αποκατάσταση των ελλειμμάτων τους σε θερμίδες και θρεπτικές ουσίες (5-10% των ασθενών).

Σπανιότερα μπορεί να συμβεί **νέκρωση του βλεννογόνου του στοματοφάρυγγα, η βλεννογονίτιδα σοβαρού βαθμού.**

4. ΟΙΔΗΜΑ ΛΑΡΥΓΓΟΣ: Συμβαίνει στο 10% περίπου των ασθενών και έχει βελτιωθεί από την υπερκλασματοποίηση.

5. ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ: κοινή παρενέργεια και θα παρουσιασθεί, σε κάποιο βαθμό, σε όλους τους ασθενείς που θα κάνουν ακτινοθεραπεία. Εμφανίζεται με ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑ κυρίως στα υγρά και οδηγεί σε διαταραχές στην σίτιση του ασθενούς.

6. ΦΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ, ΛΑΡΥΓΓΙΤΙΔΑ, ΒΡΑΓΧΟΣ ΦΩΝΗΣ: Σπανιότερες παρενέργειες που εμφανίζονται κυρίως σε ακτινοθεραπεία στον λάρυγγα ή στον φάρυγγα.

7. ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ εξαιτίας προεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη.

8. ΠΑΡΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ: αποτελεί την πιο συχνή παρενέργεια της θεραπείας του Ca παρωτίδας. Μπορεί να προϋπάρχει της θεραπείας και να οφείλεται σ' αυτή την περίπτωση στη διήθηση του νεύρου από το καρκίνωμα (25-30% των ασθενών). Αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, προκαλείται από τη χειρουργική επέμβαση (ή τις επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις) που γίνεται για τη θεραπεία του Ca της παρωτίδας.

9. Μια άλλη σημαντική παρενέργεια της θεραπείας είναι η ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΤΡΟΦΗΣ και η ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ η οποία όμως αποτελεί κύρια παρενέργεια της χειρουργικής και στους πιο ηλικιωμένους ασθενείς ή αυτούς που έχουν φτωχή πνευμονική λειτουργία.

Η σοβαρότητα των ανωτέρω παρενεργειών μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις ή και διακοπή της θεραπείας.

Έχει διαπιστωθεί κλινικά ότι η παράταση ή διακοπή της ακτινοθεραπείας έχει συνδυαστεί με μειωμένη αναλογία τοπικού ελέγχου. Από ακτινοβιολογικής άποψης το θεραπευτικό κενό είναι ανεπιθύμητο, εξαιτίας της επιταχυνόμενης αναγέννησης των καρκινικών κυττάρων κατά τη διάρκεια της κενής περιόδου. Στην υπερκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία, διαλείμματα 10-20 ημερών αναφέρονται συχνά εξαιτίας της οξείας βλεννογονικής τοξικότητας. Στην βιβλιογραφία σημειώνεται ότι για να επιτευχθεί ο μέγιστος τοπικός έλεγχος, το κενό πρέπει να είναι λιγότερο από 14 ημέρες, κατά προτίμηση 1 εβδομάδα, με συνολική δόση 70Gy ή περισσότερο και ο συνολικός χρόνος θεραπείας λιγότερος από 45 ημέρες. Αν το ενδιάμεσο κενό είναι αρκετά παρατεταμένο, η ρύθμιση της συνολικής δόσης και/ή του συνολικού χρόνου θεραπείας, μπορεί να είναι απαραίτητη για να εξισορροπηθούν τα ενάντια αποτελέσματα της αναγέννησης του όγκου εξαιτίας του παρατεταμένου κενού.

Οι **όψιμες παρενέργειες** εκδηλώνονται μήνες ή και χρόνια μετά την Ακτινοθεραπεία, ελαχιστοποιούνται με τον σωστό σχεδιασμό και την σωστή εκτέλεση της θεραπείας καθώς και τον έλεγχο της δόσης του όγκου και είναι σπάνιες σήμερα.

1. ΤΡΙΣΜΟΣ: Είναι αδυναμία καλής λειτουργίας της κροταφογοναθικής άρθρωσης, με αποτέλεσμα το μειωμένο άνοιγμα του στόματος κατά την ομιλία και τη μάσηση. Παρουσιάζεται στο 10-15% των ασθενών λόγω ίνωσης της κροταφογοναθικής άρθρωσης και των μασητήρων μυών.

2. ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΜΥΕΛΙΤΙΔΑ: Με τις σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας (RT) γίνεται όλο και πιο σπάνια. Οφείλεται στην υπερδοσολόγηση του νωτιαίου μυελού.

3. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ: Εξαρτάται από τη γειτονία του όγκου με τη γνάθο, από πρόσφατες εξαγωγές δοντιών, από την υγεία και την ακεραιότητα του βλεννογόνου και από τη δόση της RT. Μπορεί επίσης να συμβεί και σε μια χωρίς δόντια γνάθο από υπερβολική δόση RT και πάντως μπορεί να χρειαστεί αφαίρεση του νεκρωμένου οστού που φτάνει μέχρι ημιγναθεκτομή.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η ανάγκη της οδοντικής φροντίδας των ασθενών που θα πάρουν RT. Έτσι κάθε δόντι που δεν μπορεί να επισκευαστεί, εξαιτίας κάποιας σοβαρής περιοδοντίτιδας ή τερηδόνας, θα πρέπει να εξαχθεί πριν την έναρξη της RT. Γενικά η RT θα πρέπει να μην αρχίσει πριν επουλωθεί καλά το κοιλώμα που άφησε το δόντι, πράγμα που χρειάζεται περί τις δύο εβδομάδες. Τα υγιή ή καλά διατηρημένα δόντια, δεν χρειάζεται να θυσιαστούν εφόσον η δόση της RT κρατηθεί στα ανεκτά για τη γνάθο επίπεδα, το μεγαλύτερο τμήμα των σιελογόνων αδένων δεν ακτινοβληθεί ή πρόκειται να γίνει συνδυασμός εξωτερικής RT και ενδοϊστικού εμφυτεύματος ή ενδοστοματικού κώνου. Οδοντική εξαίρεση μπορεί να χρειαστεί και μετά την RT. Εάν το δόντι περιλαμβάνεται στο πεδίο της προηγηθείσας RT, η εξαίρεση θα πρέπει να καλυφθεί με αντιβίωση πριν και μετά την εξαγωγή του δοντιού.

Η ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ και ο ΤΡΙΣΜΟΣ είναι παρενέργειες που ο κάθε Ακτινοθεραπευτής με τη βοήθεια του Ακτινοφυσικού και του Ακτινοτεχνολόγου προσπαθεί να αποφύγει ή έστω να μειώσει. Η αντιμετώπιση των παρενεργειών

αυτών και δύσκολη είναι και σε κάποιο Η αντιμετώπιση των παρενεργειών αυτών και δύσκολη είναι και σε κάποιο ποσοστό ασθενών αναποτελεσματική με ευνότητα προβλήματα για τον ασθενή

4. ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΟΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ: Μείζονες παρενέργειες που με τις σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας (RT) είναι εξαιρετικά σπάνιες.

5. ΧΟΝΔΡΙΤΙΔΑ ή ΝΕΚΡΩΣΗ ΧΟΝΔΡΟΥ: συμβαίνουν στο 10% περίπου των ασθενών και εξαρτώνται από την κλασματοποίηση της δόσης (έχουν βελτιωθεί από την υπερκλασματοποίηση), τη διάρκεια της θεραπείας, το μέγεθος του πεδίου και τη Σ.Δ.Ο.

6. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΩΤΙΤΙΔΑ: Μπορεί να εμφανισθεί ως **εξωτερική ή μέση ωτίτιδα και σπανιότατα είναι σοβαρού βαθμού**, που μπορεί να καταλήξει σε **μερική απώλεια της ακοής και παρατεταμένο άλγος**.

7. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΦΥΣΗΣ και ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: Αποτελούν σπανιότατες παρενέργειες με τις χρησιμοποιούμενες σήμερα τεχνικές της ακτινοθεραπείας.

Η αποτελεσματικότητα της Ακτινοθεραπείας στους όγκους κεφαλής και τραχήλου είναι ανάλογη της εντόπισης του όγκου (σχεδόν άριστα αποτελέσματα για το Ca λάρυγγος ενώ πολύ φτωχά για τους όγκους του υποφάρυγγα), του σταδίου της νόσου και των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν..

Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας έχουν στόχο την αύξηση της συνολικής δόσης που χορηγείται στην περιοχή του όγκου με σκοπό την βελτίωση των ποσοστών τοπικού ελέγχου. Πριν την εφαρμογή των σύγχρονων ακτινοθεραπευτικών τεχνικών στην κλινική πράξη, η μέγιστη χορηγούμενη δόση περιοριζόταν από την ανοχή των γύρω υγιών ιστών.

Οι τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις, όπως οι δυνατότητες των απεικονιστικών μέσων ή των μονάδων ακτινοθεραπείας και η υπολογιστική ισχύς που είναι πλέον διαθέσιμη στα σύγχρονα τμήματα ακτινοθεραπείας, έχουν καταστήσει εφικτό τον πιο ακριβή προσδιορισμό του στόχου ακτινοβολήσης και τον υπολογισμό πολύπλοκων εξατομικευμένων σχεδιασμών θεραπείας.

Μέθοδοι και τεχνικές σχεδιασμένες να επιτυγχάνουν αύξηση της δόσης στον όγκο με ελάχιστη επιβάρυνση των υγιών ιστών.

Η αποτελεσματικότητα της Ακτινοθεραπείας στους όγκους της κεφαλής και τραχήλου (όπως και σε όλες τις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται) κρίνεται: από την συχνότητα του τοπικού και περιοχικού ελέγχου σε σχέση με την νοσηρότητα που προκαλεί.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

Ιωάννης Δερβενούλας

Αναπληρωτής Καθηγητής Αιματολογίας, Αντιπρόεδρος Αιματολογικής Εταιρείας

Οι αιματολογικές κακοήθειες αντιμετωπίζονται με πληθώρα θεραπευτικών παραγόντων, όπως κυτταροστατικά, βιολογικούς τροποποιητές, μονοκλωνικά αντισώματα, και στοχευμένες θεραπείες. Οι επιπλοκές όλων των θεραπευτικών παραγόντων έχουν σχέση με την δοσολογία, την συχνότητα χορήγησης, την φαρμακοκινητική, την προηγηθείσα θεραπεία, το ανοσολογικό έλλειμμα του ασθενούς σε κυτταρική ή χυμική ανοσία.

Η βλεννογονίτιδα της στοματικής κοιλότητας αλλά και γενικότερα του πεπτικού σωλήνα στο σύνολο του αποτελεί συχνή αλλά και εξαιρετικά επώδυνη για τον ασθενή επιπλοκή. Η βλεννογονίτιδα στις σοβαρές της μορφές παρατηρείται μετά από συμβατική χημειοθεραπεία, αλλά συνηθέστερα αποτελεί επιπλοκή των μυελοαφανιστικών σχημάτων προετοιμασίας που χορηγούνται στα πλαίσια τόσο της αυτόλογης αλλά και της αλλογενούς μεταμόσχευσης αιμοποιητικών κυττάρων. Εμφανίζεται με έντονο άλγος και δυσφαγία με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις η λήψη τροφής να καθίσταται αδύνατος. Επίσης η βλεννογονίτιδα του λεπτού εντέρου εκδηλώνεται με έντονο κοιλιακό άλγος κολλοειδούς χαρακτήρα, ναυτία υπερεμεσία και διάρροιας. Η βλεννογονίτιδα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, την ανάγκη χορήγησης παρεντερικής διατροφής για την υποστήριξη της θρέψης, και την χορήγηση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του πόνου. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος όμως είναι η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σοβαρών μικροβιακών κυρίως λοιμώξεων, η οποία αποδίδεται στην καταστροφή του βλεννογονικού φραγμού και την εύκολη διείσδυση στοματικών αλλά και εντερικών παθογόνων μικροβίων στην συστηματική κυκλοφορία.

Πρόσφατα διαπιστώθηκε τεράστια αύξηση των περιπτώσεων οστεονέκρωσης της γνάθου, και αποδίδεται κατά κύριο λόγο στην χορήγηση των διφωσφονικών παραγόντων σε ασθενείς με πολλαπλό μέλωμα. Η σωστή χρήση του φαρμάκου, αλλά και η στενή συνεργασία του αιματολόγου με τον ειδικό στοματολόγο-οδοντίατρο είναι απαραίτητη για την πρόληψη και θεραπεία της τόσο σοβαρής αυτής διαταραχής.

Η υγιεινή της στοματικής κοιλότητας, αλλά και η θεραπεία της οιαδήποτε παθολογίας της αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη οιασδήποτε αντινεοπλασματικής αγωγής. Η καθημερινή επισκόπηση του στόματος αποτελεί ρουτίνα της αντικειμενικής εξέτασης του αιματολογικού ασθενούς. Η συνεργασία του αιματολόγου με τον ειδικό οδοντίατρο είναι απαραίτητη.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αικατερίνη Δοντά

Επίκουρη Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος

Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς

Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Αθήνας

Έχουν αναγνωριστεί διεθνώς οι επιπλοκές της αντινεοπλασματικής θεραπείας στη στοματική κοιλότητα οι οποίες διερευνώνται είτε κατά την κλινική εξέταση ή κατά τον ακτινογραφικό έλεγχο. Η συμβολή του οδοντίατρου στη βελτίωση της στοματικής κατάστασης και στη διατήρηση της υγείας του στοματογναθικού συστήματος στον ογκολογικό ασθενή είναι βαρυσήμαντη και αναντικατάστατη.

Με βάσει της αρχής της Διαγνωστικής Μεθοδολογίας η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, η συστηματική ενδοστοματική και εξωστοματική κλινική εξέταση και ο ενδεικνυόμενος ακτινογραφικός έλεγχος, θα οδηγήσουν στην ορθή διάγνωση και στην αποτελεσματική οδοντιατρική φροντίδα των ασθενών, παιδιών ή ενηλίκων. Η ακτινογραφική εξέταση συμβάλει κατ' αρχάς στην αξιολόγηση της στοματικής κατάστασης και στο σχεδιασμό αντιμετώπισης πριν την αντινεοπλασματική θεραπεία, προκειμένου να προληφθούν ή να μειωθούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες πρόκλησης επιπλοκών. Επίσης συμβάλει στην έγκαιρη οδοντιατρική παρέμβαση σε οξύ περιστατικό ή σε επιπλοκή κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας, στον έλεγχο διατήρησης της στοματικής υγείας και στη διαφορική διάγνωση λοιμώξεων από τα δόντια, το περιοδόντιο και τα οστά των γνάθων. Τέλος η ακτινογραφική εξέταση κρίνεται απαραίτητη μετά το πέρας της αντινεοπλασματικής θεραπείας σε επανεξετάσεις ρουτίνας με στόχο τη διερεύνηση τυχόν εμφάνισης οστεονέκρωσης ή οστεοακτινονέκρωσης, νόσων δοντιών και περιοδοντίου και τον έλεγχο πιθανής υποτροπής κακοήθους νοσήματος ή μετάστασης από πρωτογενή νεοπλασία.

Σκοπός της εισήγησης αυτής είναι να τονίσει τη συμβολή της ακτινογραφικής εξέτασης στη διερεύνηση και αξιολόγηση της στοματικής κατάστασης στον ογκολογικό ασθενή, σε όλα τα στάδια της αντινεοπλασματικής θεραπείας, προκειμένου να σταθεροποιηθεί η στοματική υγεία και να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές της αντινεοπλασματικής θεραπείας.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Αικατερίνη Καββαδία

Επίκουρος Καθηγήτρια Οδοντιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Η διατήρηση της στοματικής υγείας είναι σημαντική για τον ογκολογικό ασθενή, γιατί η κακή στοματική υγεία μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πολύ σοβαρών επιπλοκών και καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας. Η οδοντιατρική φροντίδα είναι προτιμότερο να γίνεται πριν την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Πρέπει όμως να παρέχεται κατά την διάρκεια και μετά από αυτήν, με την προϋπόθεση ότι λαμβάνονται υπόψη τα απαραίτητα μέτρα και περιορισμοί όπως προκύπτουν από τον τύπο, την εντόπιση και τη θεραπεία του καρκίνου. Για την οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών, τη θεραπεία και την πρόληψη ακολουθούνται οι ίδιες βασικές αρχές με εκείνες για τους ενήλικες, με κάποιες όμως διαφοροποιήσεις ανάλογα με τη νόσο, τις οδοντιατρικές ανάγκες του παιδιού και την ηλικία του.

Τα παιδιά που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων για την αντιμετώπιση νεοπλασματικών νοσημάτων, διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης στοματικών επιπλοκών ανάλογων με εκείνες των ενηλίκων. Επιπλέον όμως, επειδή είναι αναπτυσσόμενοι οργανισμοί, είναι δυνατόν να παρουσιάσουν μελλοντικά και διαταραχές στην ανάπτυξή τους. Οι διαταραχές αυτές μπορούν να εκδηλωθούν στο στόμα σαν ευσεισιτότητα δοντιών, προβλήματα με τα ούλα, ανωμαλίες στη διάπλαση και την ανατολή των μόνιμων δοντιών, καθώς και ασύμμετρη ανάπτυξη του σκελετού του προσώπου, με πιθανότητα ανάπτυξης ορθοδοντικών προβλημάτων.

Ο ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ειρήνη Κασιδώνη¹, Βύρων Δρούκας²

¹Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου

²Καθηγητής στην Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Οδοντιατρική Σχολή, Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου

Η αναφορά του πόνου στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου είναι συχνή. Ο στοματοπροσωπικός πόνος μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα στο 20-50% όλων των ογκολογικών ασθενών και για αυτόν τον λόγο είναι μεγίστης σημασίας η σωστή εκτίμησή του. Ατυχώς ένα σοβαρό ποσοστό τέτοιων ασθενών δέχεται ανεπαρκή θεραπεία λόγω της μη σωστής διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης από τους ιατρούς.

Σκοπός της εισήγησής μας είναι η εκτίμηση του πόνου και η μελέτη του, πρώτον ως αρχικού συμπτώματος κακοήθειας σε ογκολογικούς ασθενείς και δεύτερον ως συνέπεια της θεραπευτικής αντιμετώπισής του.

Ο πόνος ως σύμπτωμα συνοδεύει συχνά τα κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα και μπορεί να οφείλεται είτε σε έλκωση ή λοίμωξη, είτε σε διέγερση των τελικών νευρικών απολήξεων των βλεννογονίων και υποβλεννογονίων ιστών, είτε σε διήθηση των νεύρων και των οστών από την πρωτοπαθή εστία ή από μετάσταση, που εντοπίζεται στο στοματογναθικό σύστημα και την ευρύτερη περιοχή του, εμπειριέχοντας φλεγμονώδεις και νευροπαθητικούς μηχανισμούς. Συμπληρωματικά, μορφές τέτοιου πόνου μπορεί να υποκρύπτουν κακοήθεις καταστάσεις σε απομακρυσμένες περιοχές (μαστός, πνεύμονας, έντερο, προστάτης) ή να οφείλονται σε παρανεοπλασματικούς μηχανισμούς.

Ο πόνος ως συνέπεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του όγκου, διαφέρει ανάλογα με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία συνδυάζονται με επώδυνη βλεννογονίτιδα και νευροτοξικότητα, ενώ οι χειρουργικές επεμβάσεις συχνά οδηγούν σε τραυματισμό ή καταστροφή νεύρων της περιοχής με συνέπεια την εμφάνιση στοματοπροσωπικού πόνου.

Συνεπώς η σωστή διάγνωση, η θεραπεία και η πρόληψη του στοματοπροσωπικού πόνου ιδιαίτερα στον ογκολογικό ασθενή απαιτούν γνώση των χαρακτήρων του πόνου, της αιτιολογίας και των μηχανισμών πρόκλησής του. Ο έλεγχος του στοματογναθικού συστήματος και της ευρύτερης περιοχής του είναι επιβεβλημένος και η διερεύνησή του θα πρέπει να γίνεται με την κλινική εξέταση και τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές από εξειδικευμένους κλινικούς ιατρούς.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΡΧΕΓΟΝΩΝ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Βασιλική Κίτρα-Ρούσσου

Αναπληρώτρια Διευθύντρια, ΜΜΟ, Νοσοκομείο Παιδών "Αγ. Σοφία"

Η μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (ΜΑΑΚ) αποτελεί σύγχρονο θεραπευτικό μέσο, με το οποίο αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, νεοπλασματικά, αιματολογικά και γενετικά νοσήματα, που είναι αδύνατον να θεραπευτούν με άλλο τρόπο. Από το 1969 που ανακοινώθηκε η 1η επιτυχής μεταμόσχευση μυελού των οστών σε παιδί με ανοσοανεπάρκεια μέχρι σήμερα έχουν γίνει χιλιάδες μεταμοσχεύσεις τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες σε όλο τον κόσμο για τη θεραπεία σοβαρών νοσημάτων:

- νεοπλασματικών λευκαίμιες, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα, λεμφώματα,
- γενετικών αιμοσφαιρινοπάθειες, ανοσοανεπάρκειες, σύνδρομο Wiskott-Aldrich κ.α.
- αιματολογικών απλαστική αναιμία, αναιμία Fanconi, αμεγακαρουκυτταρική θρομβοπενία, αναιμία Blackfan Diamond,

- κληρονομικών μεταβολικών νοσημάτων αδρενολευκοδυστροφία, νόσος Gaucher, νόσος Hurler, νόσος Krable.

Η ΜΑΑΚ διακρίνεται σε Αυτόλογη, (το ίδιο άτομο είναι δότης και λήπτης των αιμοποιητικών κυττάρων) και Αλλογενετική, (δότης και λήπτης είναι άτομα διαφορετικά).

Την τελευταία 15ετία εκτός του μυελού των οστών που θεωρείται η βασική πηγή αιμοποιητικών μοσχευμάτων η χρησιμοποίηση εναλλακτικών μοσχευμάτων αλλά και εναλλακτικών δοτών έχει διευρύνει εντυπωσιακά το φάσμα των μεταμοσχεύσεων, προσφέροντας τη δυνατότητα ίασης πολλών θανατηφόρων νοσημάτων. Τα εναλλακτικά μοσχεύματα αποτελούν τα κύτταρα του ομφαλοπλακουντιακού αίματος (ΟΠΑ) και του περιφερικού αίματος.

Για την πραγματοποίηση της ΜΑΑΚ απαραίτητη είναι η ανεύρεση κατάλληλου δότη, του οποίου τα κύτταρα πρέπει να είναι συμβατά ως προς το Μείζον Σύστημα Ισοσυμβατότητας (HLA), με τα κύτταρα του λήπτη. Ο δότης μπορεί να είναι συγγενής με τον πάσχοντα αλλά και εθελοντής μη συγγενής, προερχόμενος από Διεθνείς Τράπεζες Εθελοντών δοτών. Σήμερα υπάρχουν σε ολόκληρο τον κόσμο περίπου 12 εκατομμύρια ευαίσθητοποιημένα άτομα, πρόθυμα αν χρειαστεί, να προσφέρουν μυελό ή αίμα για να σώσουν ασθενή, για τον οποίο η ΜΑΑΚ είναι η μόνη θεραπεία. Δυστυχώς στη χώρα

μας ο αριθμός των εθελοντών δωτών μυελού είναι μικρός. Είναι πολύ σημαντικό να γίνονται συντονισμένες και συνεχείς προσπάθειες από τους αρμόδιους φορείς για την ευαισθητοποίηση του κόσμου στη δωρεά μυελού των οστών και τον εμπλουτισμό της ελληνικής δεξαμενής εθελοντών δωτών.

Αρχικά ο δότης αναζητείται στην οικογένεια του πάσχοντος με πιθανότητα 30% ανεύρεσης συμβατού αδελφού και 5% κάποιου άλλου συγγενή. Η πλειονότητα των ασθενών στερείται συγγενικού δότη και γι' αυτό γίνεται αναζήτηση στις Διεθνείς Τράπεζες Εθελοντών δωτών, με πιθανότητα ανεύρεσης περίπου 85%.

Τα Αιμοποιητικά μοσχεύματα προέρχονται :

α) από τον Μυελό των Οστών, η συλλογή του οποίου γίνεται υπό γενική αναισθησία στο χειρουργείο, με παρακέντηση των λαγόνιων οστών και είναι μία διαδικασία ανώδυνη και ακίνδυνη για τον δότη.

β) από το Περιφερικό Αίμα, συλλέγοντας τα προγονικά κύτταρα που περιέχονται σε αυτό με μηχανήματα κυτταραφαίρεσης. Της συλλογής προηγείται χορήγηση αυξητικών αιμοποιητικών παραγόντων, στο δότη, για την κινητοποίηση και αύξηση του αριθμού των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων της κοκκιδώδους σειράς από το μυελό των οστών προς το περιφερικό αίμα.

γ) από το Ομφάλιο Αίμα, το οποίο εύκολα συλλέγεται κατά τον τοκετό. Παρ' ότι ο όγκος του είναι μικρός, περιέχει σημαντικό αριθμό προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων, ικανό για τη μεταμόσχευση και την αναγέννηση της αιμοποίησης κυρίως σε παιδιά.

Το κάθε ένα από τα τρία είδη αιμοποιητικών μοσχευμάτων έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Λόγω του ότι τα αιμοποιητικά μοσχεύματα προέρχονται και από τις τρεις αυτές πηγές, ο όρος που χρησιμοποιείται Μεταμόσχευση Μυελού των Οστών, έχει αντικατασταθεί από την Μεταμόσχευση Αιμοποιητικών Κυττάρων.

Τα αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα που κυκλοφορούν στο μυελό των οστών, στο αίμα του ομφαλίου λώρου και στο περιφερικό αίμα διαθέτουν βασικές ιδιότητες όπως η αυτοανανέωση που έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση αυτού του κυτταρικού πληθυσμού εφόρου ζωής και η δυνατότητα διαφοροποίησης - ωρίμανσης προς γένεση όλων των κυτταρικών τύπων του αίματος (ερυθρά, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια) και κατ' επέκταση της φυσιολογικής αιμοποίησης.

Πρώτοι οι Nakahara et al. το 1982 παρατήρησαν αυτές τις ιδιότητες και στα κύτταρα του ομφαλοπλακουντιακού αίματος και μετά από πολλές πειραματικές μελέτες που ακολούθησαν το 1989 ανακοινώθηκε η 1η μεταμόσχευση σε παιδί με αναιμία Fanconi από τους Gluckman et al. Έκτοτε έχουν γίνει περισσότερες από 6000 μεταμοσχεύσεις ΟΠΑ, αυτή δε η αποκτηθείσα εμπειρία, κυρίως σε παιδιά κάτω των 20 ετών μας επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη θέση του ομφαλοπλακουντιακού αίματος στη μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων σε σοβαρά νοσήματα της παιδικής ηλικίας.

Με τα ισχύοντα σήμερα στις μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικών κυττάρων, σε περίπτωση μη ανεύρεσης μυελικού μοσχεύματος αποδεκτής HLA -συμβατότητας ή όταν επείγει η μεταμόσχευση συστήνεται η χρησιμοποίηση ΟΠΑ μοσχεύματος και κατ' επέκταση με την αναζήτηση ξένου συμβατού δότη στις τράπεζες των εθελοντών δωτών ενεργοποιείται και η αναζήτηση ΟΠΑ μοσχεύματος στις τράπεζες ομφαλοπλακουντιακού αίματος.

Σε 26 χώρες υπάρχουν τράπεζες ομφαλικών αιμοποιητικών μοσχευμάτων, όπου φυλάσσονται περισσότερες από 400.000 μονάδες ομφαλικού αίματος, έτοιμες προς διάθεση. Η περαιτέρω ανάπτυξη Τραπεζών φύλαξης ομφαλικού αίματος, για αλλογενετικές ΜΑΑΚ θα συμβάλει στην αύξηση διαθέσιμων μοσχευμάτων και θα βελτιώσει τα αποτελέσματα των ΜΑΑΚ σε παιδιά, γεγονός που αναστέλλεται, με την φύλαξη ομφαλικού αίματος, (για αυτόλογες ΜΑΑΚ) , αυτό που λανθασμένα αναφέρεται "φύλαξη βλαστοκυττάρων" για το ενδεχόμενο μελλοντικής χρήσης τους από τον ίδιο τον δότη. Η φύλαξη για ίδια χρήση δεν τεκμηριώνεται επιστημονικά και δεν έχει σήμερα ουδεμία εφαρμογή. Στην κρατική τράπεζα οι ΟΠΑ μονάδες δωρίζονται προκειμένου να χρησιμοποιηθούν από όποιον τις έχει ανάγκη και η όλη διαδικασία δεν έχει κανένα κόστος για τον δωρητή. Στις ιδιωτικές τράπεζες το ΟΠΑ φυλάσσεται για μελλοντική χρήση μόνο από τον δότη, διατίθεται όποτε ζητηθεί και φυσικά έχει αρκετά υπολογίσιμο κόστος.

Πριν από τη ΜΑΑΚ ο ασθενής προετοιμάζεται με υψηλές δόσεις κυτταροστατικών / ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό ή όχι με ολοσωματική ακτινοβολία, για να δεχθεί το μόσχευμα. Στόχος είναι, αφ' ενός η δημιουργία χώρου στη μυελική κοιλότητα για την εγκατάσταση και ανάπτυξη του καινούργιου μοσχεύματος, αφ' έτερου η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος του λήπτη ώστε να αποφευχθεί η απόρριψη του καινούργιου μοσχεύματος.

Το μόσχευμα που συλλέγεται πρέπει να είναι ποσοτικά και ποιοτικά επαρκές. Να περιέχει δηλαδή περισσότερα από 3×10^6 CD34+ κύτταρα / Kgr βάρους σώματος του λήπτη. Η χορήγηση γίνεται στον ασθενή με ενδοφλέβια έγχυση. Ο ασθενής νοσηλεύεται κάτω από ειδικές συνθήκες προστατευτικής απομόνωσης, διότι εμφανίζει βαρεία ανοσοκαταστολή και ουδετεροπενία και χρήζει ειδικής φροντίδας και υποστήριξης. Η εγκατάσταση του μοσχεύματος διαπιστώνεται 20-30 ημέρες μετά τη ΜΑΑΚ, όταν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια ανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Η ΜΑΑΚ είναι βαρεία θεραπεία, με σοβαρές επιπλοκές, πρώιμες και απώτερες, και επιλέγεται για πολύ σοβαρά νοσήματα και στις περιπτώσεις που οι συμβατικές θεραπείες δεν επαρκούν. Ο κίνδυνος θανάτου δεν είναι αμελητέος, ιδιαίτερα στις μη απόλυτα συμβατές ΜΑΑΚ. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τη φάση της νόσου και τα στοιχεία του δότη. Στη χώρα μας πραγματοποιούνται, με επιτυχία, κάθε χρόνο περίπου 120 αλλογενετικές μεταμοσχεύσεις σε παιδιά και ενήλικες και 150 αυτόλογες. Στη Μονάδα ΜΑΚ του Νοσοκομείου Παιδών "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", τη μόνη αμιγώς παιδιατρική μονάδα στη χώρα μας, έχουν πραγματοποιηθεί από την έναρξή της (1993) 400 ΜΑΑΚ, εκ των οποίων τα 2/3 είναι αλλογενετικές. Τα τελευταία χρόνια, μεγάλος αριθμός των αλλογενετικών πραγματοποιούνται με μοσχεύματα από εθελοντές μη συγγενικούς δότες, ή με ομφαλοπλακουντιακό αίμα, προερχόμενα από τις Διεθνείς Τράπεζες Εθελοντών Δοτών. Τα αποτελέσματα αυτών των μεταμοσχεύσεων είναι εφάμιλλα των μεγάλων Μονάδων του εξωτερικού, και είναι πολύ ικανοποιητικά. Ενδεικτικά για τα πιο συχνά νοσήματα που αντιμετωπίστηκαν είναι : Οξεία Λευχαιμία, επιβίωση 54%, Μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα επιβ. 40%, Νευροβλάστωμα 48, επιβ. 43%, Λεμφώματα, επιβ. 72%, Κληρονομικές Ανοσοανεπάρκειες 62%, Μεσογειακή Αναιμία, επιβ. 94%. Είναι προφανές ότι, σημαντικός αριθμός παιδιών, με νοσήματα που στο παρελθόν ήταν αδύνατον να θεραπευτούν, σήμερα μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς με ΜΑΑΚ και να επιτευχθεί ίαση. Για να είναι δυνατόν να υποβληθεί σε ΜΑΑΚ κάθε πάσχον παιδί που έχει ένδειξη για μεταμόσχευση, είναι αναγκαίο να υπάρχει ο κατάλληλος δότης. Στη χώρα μας οι ξένοι εθελοντές δότες δεν υπερβαίνουν τις 30.000, υπολογίζεται δε ότι 120.000 εθελοντές ξένοι δότες και 50000 ομφαλοπλακουντιακές μονάδες θα επαρκούσαν για να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες της χώρας μας στις μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικού ιστού. Η ύπαρξη μιας δημόσιας ελληνικής τράπεζας θα έλυσε σημαντικά προβλήματα στην ανεύρεση αιμοποιητικών μοσχευμάτων. Η αύξηση των εθελοντών δοτών στη χώρα μας, σε αριθμούς ανάλογους με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, είναι πρωταρχικής σημασίας και ύψιστης κοινωνικής προσφοράς όλων μας που θα συμβάλλει στη σωστή αντιμετώπιση όλων των ασθενών που έχουν ανάγκη αυτής της αποτελεσματικής θεραπείας.

Βιβλιογραφία

- E. Donnal Thomas, Karl G. Blume, Stephen J. Forman Hematopoietic Cell Transplantation Second edition Blackwell Science 1999.
- Laurent Decos, David C. Linch, Bob Lowenberg. Textbook of Malignant Haematology Martin Dunitz Ltd 1999.
- Schmitz N, Gratwohl A, Goldman JM. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumors, and immune disorders. Current practice in Europe in 1996 and proposals for an operational classification. Bone Marrow Transplant 2004; 17;471-477.
- Ladenstein R, Hartmann O, Pinkerton Cr. The role of megatherapy with autologous bone marrow rescue in solid tumors in childhood. Annals of Oncology 2003; 4 (supp 1):45-58.
- Yossi Cohen, Arnon Nagler. Umbilical cord blood transplantation - how, when and for whom? Blood Reviews 2004 18, 167-179
- Gluckman E, Broxmeyer HA, Auerbach AD, et. Al. Hematopoietic reconstitution in a patient with Fanconi's anemia by means of umbilical cord blood from an HLA-identical sibling. N. Engl. J. Med. 1989;321:1174-8
- Karen K. Ballen. New trends in umbilical cord blood transplantation. Blood, 15 May 2005 V105, Number 10.
- Rocha V, Cornish J, Sievers E, et al. Comparison of outcomes of unrelated bone marrow and umbilical cord blood transplants in children with acute leukaemia. Blood 2001;97:2962-2971.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ

Ιωάννης Μπαρμπούτης

Λοιμωξιολόγος - Παθολόγος, Σύμβουλος λοιμώξεων και HIV λοίμωξης

Η HIV λοίμωξη σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με πολλαπλά είδη νεοπλασιών και η συσχέτιση αυτή ήταν, είναι και πιθανότατα θα είναι δυναμική. Ήδη μετά από το 1991, όταν είχε εξαπλωθεί η χημειοπροφύλαξη για πρόληψη της πνευμονίας από *Pneumocystis jiroveci* (πρώην *carinii*), οι κακοήθειες αποτελούσαν πλέον τις πιο συχνές νόσους που καθόριζαν το AIDS (AIDS-defining illnesses) και οι οποίες εμφανίζονταν μέχρι και στο 40% των ασθενών κατά την πορεία της HIV λοίμωξης.

Η εμφάνιση, εξέλιξη και εξαπλωση της ισχυρής αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART), ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες περιοχές του πλανήτη, έχει επηρεάσει και επηρεάζει άμεσα όλους τους τομείς της νεοπλασματικής νόσου. Όλες οι εκφάνσεις των νεοπλασμάτων σε HIV-θετικούς ασθενείς, η επιδημιολογία, η φυσική ιστορία, οι κλινικές εκδηλώσεις, η

ανταπόκριση στη θεραπεία και η τελική έκβαση, είναι άμεσα συνυφασμένες με την επιτυχία ή όχι της χορήγησης HAART στους ασθενείς αυτούς.

Στις κακοήθειες που καθορίζουν το AIDS υπάγονται το σάρκωμα Kaposi, τα συστηματικά μη Hodgkin λεμφώματα (NHL), το πρωτοπαθές λέμφωμα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και ο διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στις κακοήθειες που δεν κατατάσσονται σε αυτές που καθορίζουν το AIDS, αλλά εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση σε άτομα με HIV λοίμωξη, υπάγονται η νόσος Hodgkin, ο καρκίνος των χειλέων, του πνεύμονα, η λευχαιμία, το πολλαπλό μυέλωμα (προ-HAART εποχή) και ο καρκίνος του πνεύμονα, του πρωκτού, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και ίσως άλλα (εποχή HAART). Απαιτείται αυξημένη εγρήγορση εκ μέρους του ιατρικού κόσμου στο θέμα του καρκίνου στην HIV λοίμωξη λόγω του σημαντικά αυξημένου πλέον προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών, σε συνδυασμό με έκθεση σε άλλους παράγοντες κινδύνου.

ΣΑΡΚΩΜΑ KAPOSI, ΜΗ HODGKIN ΛΕΜΦΩΜΑ, ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΟ AIDS. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη

*Αν. Καθηγήτρια Στοματολογίας, Διευθύντρια Κλινικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής,
Μονάδα οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών*

Σάρκωμα Kaposi, μη Hodgkin λέμφωμα, λοιμώξεις του στόματος στο AIDS. Η συμβολή στη διάγνωση.

Kaposi sarcoma, non Hodgkin lymphoma, oral mucosal infections as early clinical markers in HIV / AIDS

Το σάρκωμα Kaposi είναι η πιο συχνή κακοήθεια στη HIV λοίμωξη / AIDS. Είναι 20.000 φορές πιο συχνό από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Ο ερπητοϊός 8, με ειδικό τροπισμό στο στόμα, έχει αποδειχθεί ως το λοιμώδες αίτιο του σαρκώματος. Το μη Hodgkin λέμφωμα είναι η δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια.

Το λέμφωμα μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της HIV οροθετικότητας, η οποία θα οδηγήσει στη διάγνωση της λοίμωξης, χαρακτηρίζοντας το AIDS. Μπορεί, ακόμη, να αποτελεί την αρχική εκδήλωση λεμφώματος, που έχει αναπτυχθεί σε άλλους ιστούς.

Το σάρκωμα Kaposi και το μη Hodgkin λέμφωμα εντοπίζονται κυρίως στα ούλα και την υπερώα και συχνά μιμούνται φλεγμονώδεις, αντιδραστικές διογκώσεις και μη επουλούμενα έλκη. Είναι βλάβες υψηλής υποψίας, συνδεδεμένες με αριθμό CD4 μικρότερο των 200 κυτ./mm³.

Άλλες βλάβες υψηλής υποψίας, όπως η καντιντίαση, η τριχωτή λευκοπλακία και η ελκονεκρωτική ουλίτιδα μπορεί να συνυπάρχουν με τις βλάβες του Kaposi ή του λεμφώματος και πολλές φορές εμφανίζονται πρώτες στο στόμα, σε ποσοστό έως και 50%. Οι βλάβες αυτές, εφόσον αναγνωριστούν, μπορεί να οδηγήσουν σε πρώιμη διάγνωση της HIV οροθετικότητας πολύ πριν την ανάπτυξη της κακοήθειας.

Πέρα από την πρώιμη διάγνωση, οι βλάβες του στόματος έχουν δυσμενή επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, συνδέονται με αυξημένη επίπτωση τερηδόνας και προκαλούν πόνο και δυσφαγία και μπορεί να είναι (μη αναγνωρίσιμες) αιτίες μη συμμόρφωσης των ασθενών στην αντιρετροϊκή αγωγή.

Η συμβολή του Οδοντιάτρου είναι σημαντική και αφορά στη θεραπεία των βλαβών, την πρώιμη διάγνωση της HIV οροθετικότητας, αλλά και στον περιορισμό της διασποράς της λοίμωξης.

Λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος κατά τη χημειο- και ακτινο- θεραπεία

Η καταστροφή του βλεννογόνου από την τοξική επίδραση της αντινεοπλασματικής χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας όγκων κεφαλής-τραχήλου και η εμφάνιση της βλεννογονίτιδας έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη δευτερογενούς λοίμωξης στο στόμα. Η αιματολογική τοξικότητα από τη χημειοθεραπεία προάγει περαιτέρω την ανάπτυξη της λοίμωξης.

Η καντιντίαση, μετά από αποικισμό του βλεννογόνου από διάφορα είδη Candida, αποτελεί την πιο συχνή λοίμωξη, με ποσοστό έως και 50%.

Η διαφορική διάγνωση της καντιντίαςης από τη βλεννογονίτιδα είναι δύσκολη ή και αδύνατη. Θεραπευτικά χορηγούνται συστηματικά από το στόμα φλουκοναζόλη, ιτρακοναζόλη, ποσακοναζόλη. Προφυλακτική αντιμυκητιασική αγωγή χορηγείται κατά περίπτωση. Σε μελέτες αναφέρεται ότι η προφυλακτική αντιμυκητιασική αγωγή έχει μειώσει τη βαρύτητα της βλεννογονίτιδας.

Η λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα, επίσης, επιπλέκει τις ελκώσεις της βλεννογονίτιδας, σε ποσοστό 30% έως 50%, αυξάνοντας το βαθμό βλεννογονίτιδας και του πόνου. Στους ενήλικες, η ερπητική λοίμωξη συνήθως αποτελεί αναζωπύρωση, ενώ η πρωτοπαθής λοίμωξη είναι σπάνια. Η διαφορική διάγνωση της ερπητικής λοίμωξης από τη

βλεννογονίτιδα βαθμού 2, 3 και 4 είναι δύσκολη και συχνά αδύνατη. Πρώιμη έναρξη ή απότομη εμφάνιση των ελκώσεων της βλεννογονίτιδας ή η εμφάνιση επιχειλίου έρπητα αποτελούν κλινικά διαγνωστικά κριτήρια ερπητικής λοίμωξης. Θεραπευτικά χορηγείται ακυκλοβίρη ή βαλακυκλοβίρη από το στόμα.

Η ανάπτυξη των παραπάνω λοιμώξεων μπορεί να οδηγήσει σε συστηματική λοίμωξη, αύξηση των ημερών νοσηλείας, τροποποίηση του σχήματος ή της δόσης της αντινεοπλασματικής θεραπείας ή ακόμη και διακοπή, θέτοντας σε κίνδυνο το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο τακτικός έλεγχος του στόματος από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο οδοντίατρο κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας θα συμβάλει στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης.

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ, ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ, ΙΝΩΣΗ, ΤΡΙΣΜΟΣ

Αρσινόη Ξανθινάκη

*Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς,
Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ*

Η δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων και η ξηροστομία αποτελεί σημαντική επιπλοκή που εμφανίζεται κυρίως κατά την ακτινοθεραπεία κακοήθων όγκων κεφαλής/τραχήλου.

Ο παθογενετικός μηχανισμός της ξηροστομίας πιθανόν περιλαμβάνει εκλεκτική βλάβη στους υποδοχείς της κυτταρικής μεμβράνης των αδενικών κυττάρων.

Η ξηροστομία παραβιάζει τη λειτουργικότητα του στόματος, ενώ παράλληλα οδηγεί σε αύξηση των στοματικών λοιμώξεων.

Τα κυριότερα μέτρα πρόληψης της δυσλειτουργίας των σιαλογόνων αδένων κατά την ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν τη χρήση εκλεκτικότερων τεχνικών ακτινοβολήσης καθώς και τη χορήγηση κυτταροπροστατευτικών παραγόντων, όπως η αμιφοστίνη.

Η συμπτωματική αντιμετώπιση της ξηροστομίας αφορά κυρίως στη χρήση υποκατάστατων σιάλου και τη χορήγηση παρασυμπαθητικομημητικών ουσιών για τη διέγερση της έκκρισης των σιαλογόνων αδένων.

Η οστεοακτινολοκώση είναι μία σοβαρή, όψιμη επιπλοκή της ακτινοθεραπείας κεφαλής/τραχήλου, η οποία εμφανίζεται κλινικά ως επιμένουσα έλκωση του βλεννογόνου με αποκάλυψη του οστού της γνάθου, σε μία περιοχή προηγηθείσας ακτινοβολήσης.

Η οδοντική εξαγωγή ή φλεγμονή θεωρούνται οι κυριότεροι εκλυτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της επιπλοκής.

Η συντηρητική αντιμετώπιση περιλαμβάνει κυρίως τη συστηματική χορήγηση αντιβίωσης, ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις διενεργείται χειρουργική εκτομή τμήματος της γνάθου.

Η θεραπευτική ακτινοβολία οδηγεί ακόμη σε ίνωση του τοιχώματος των αγγείων, με αποτέλεσμα ανεπαρκή αιμάτωση των περιοδοντικών ιστών και ευπάθεια στις λοιμώξεις.

Όταν οι μασητήρες, οι πτερυγοειδείς μύς ή η ΚΦΔ περιλαμβάνονται στο πεδίο της ακτινοβολίας μπορεί να αναπτυχθεί τρισμός, με συνέπεια τη δυσκολία διάνοιξης του στόματος.

Συμπερασματικά, η αντινεοπλασματική θεραπεία οδηγεί στην ανάπτυξη επιπλοκών που αυξάνουν τη νοσηρότητα και επιβαρύνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η συμμετοχή του οδοντίατρου μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην πρόληψη ή ελαχιστοποίηση των επιπλοκών αυτών.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Νίκος Παπαδογεωργάκης

Αν. Καθηγητή Κλινικής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι όγκοι της κεφαλής και τραχήλου μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Στην εισήγηση αυτή θα γίνει αναφορά στην χειρουργική αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων της στοματογναθοπροσωπικής χώρας.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του στοματογναθοπροσωπικού καρκίνου περιλαμβάνει την στοματική κοιλότητα καθώς και τους μείζονες και ελάσσονες σιαλογόνες αδένες.

Όσον αφορά την στοματική κοιλότητα το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 90-95% των κακοήθων νεοπλασμάτων της περιοχής αυτής.

Το κάτω χείλος προσβάλλεται συχνότερα από τις υπόλοιπες περιοχές του στόματος και ακολουθούν η γλώσσα, το

έδαφος της στοματικής κοιλότητας, ο βλενογόννος της κατω φατνιακής απόφυσης, το οπισθογόμφιο τρίγωνο, ο βλενογόννος της άνω γναθου και της υπερώας, ο βλενογόννος της παρεϊάς οι μικροί σιαλογόνοι αδένες και τα οστά των γνάθων. Όσον αφορά τους όγκους των σιαλογόνων αδένων παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία και πολλές φορές ακόμα και η ιστολογική τους διαφοροδιάγνωση καθίσταται δύσκολη..

Γενικώς μπορεί να λεχθεί ότι το 75-82% των όγκων της παρωτίδας είναι καλοήθεις και το 50% των ογκων του υπογνάθιου αδένου είναι κακοήθεις. Επίσης το 80% των ογκων των ελασσονων σιαλόγονων αδένων είναι κακοήθεις.

Η διάγνωση ενός όγκου της στοματογναθοπροσωπικής χώρας τίθεται απο τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και απαραίτητα απο την ιστολογική εξέταση της βλάβης.

Παράγοντες που καθορίζουν τον βαθμό κακοηθείας του στοματικού καρκίνου είναι :η θέση και το μέγεθος της βλάβης, το βάθος διήθησης της βλάβης, η διήθηση των ανατομικών στοιχείων(αγγεια-νευρα, οστων ανω και κατω γναθου), μεταστατική διήθηση των τραχηλικών λεμφαδένων (μέγεθος-κεντρική νεκρωση-διασπαση καψας) και η ιστολογική εικόνα(χαμηλή-μέση-υψηλή διαφοροποίηση).

Είναι γνωστό ότι το ακανθοκυταρρικό καρκίνωμα της στοματικής κοιλότητας μεθισταται κυριως λεμφογενώς. Ως εκτούτου η ευρεία επι υγειών ορίων χειρουργική αφαίρεση της πρωτοπαθούς βλάβης συνήθως συνοδεύεται και απο άλλοτε άλλου τύπου ετερόπλευρο ή αμφοτεροπλευρο τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό.

Όσον αφορά τους όγκους των σιαλογόνων αδένων η χειρουργική που ακολουθείται εξαρτάται κυριώς απο τον ιστολογικό τυπο της βλάβης. Άλλοι παράγοντες είναι η θέση και το μέγεθος του όγκου, η ύπαρξη ή όχι λεμφαδενικων μεταστασεων καθώς και η προεγχειρητική κατάσταση του προσωπικού νευρου οσον αφορά τους ογκους της παρωτίδας. Το εαν ο ασθενής θα υποβληθεί προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά σε ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία ή συνδυασμό, εξαρτάται απο την φύση του όγκου και την ύπαρξη ή μη τραχηλικών ή άλλων μεταστασεων.

Στην εισήγηση αυτη γίνεται αναφορά στις εγχειρητικές τεχνικές που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και των σιαλογόνων αδένων και παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών της κλινικής μας.

ΕΜΕΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΑ, ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ: Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

Βασίλειος Παπαϊωάννου

Εργαστήριο Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής και, Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενή. Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν από τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την μεταμόσχευση μυελού των οστών στους ογκολογικούς ασθενείς είναι πολλές. Οι σημαντικότερες επιπλοκές οφείλονται είτε στην άμεση επίδραση της ακτινοβολίας ή των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είτε στην έμμεση διατάραξη των οικολογικών συνθηκών της στοματικής κοιλότητας. Η ναυτία και ο εμετός είναι συχνές επιπλοκές της χημειοθεραπείας που μπορούν να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία του στόματος, δημιουργώντας ένα όξινο περιβάλλον που θα ευνοήσει την αφάλατωση και απώλεια σκληρών οδοντικών ιστών. Η ξηροστομία είναι μία ιδιαίτερα σημαντική επιπλοκή που οφείλεται σε δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων από την τοπική επίδραση της ογκολογικής θεραπείας. Η έλλειψη του σάλιου αυξάνει τις πιθανότητες λοίμωξης και δυσκολεύει την ομιλία, τη μάσηση, και την κατάποση. Ακόμη, η ανάπτυξη της ξηροστομίας, ιδιαίτερα μετά την ακτινοθεραπεία, αυξάνει τον κίνδυνο πολυτερεηδονισμού (radiation caries). Ο ρόλος του οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενή είναι κατ' αρχάς η αξιολόγηση της στοματικής κατάστασης και η διενέργεια των απαιτούμενων οδοντιατρικών εργασιών, που θα πρέπει να προηγηθούν της ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας. Εφόσον σταθεροποιηθεί η στοματική κατάσταση, πρέπει ακολούθως να εφαρμοστεί το κατάλληλο προληπτικό πρόγραμμα για την προστασία των οδοντικών και περιοδοντικών ιστών. Το εφαρμοζόμενο πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας και πρόληψης (στηριζόμενο στη χρήση φθοριούχων σκευασμάτων) εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του κάθε ασθενούς. Η πρόληψη αυτών των επιπλοκών συμβάλλει τόσο στην επιτυχία της ογκολογικής θεραπείας όσο και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής, κατά διάρκεια αλλά και μετά της θεραπείας.

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ευδοξία Πεπελάση

Επικουρος Καθηγήτρια Οδοντιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιδανικά σε όλους τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν, υποβάλλονται ή έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για κακοήγη νεοπλασία πρέπει να γίνεται έλεγχος των περιοδοντικών ιστών ανεξάρτητα από την εντόπιση της κακοήθους νεοπλασίας. Ο έλεγχος των περιοδοντικών ιστών πριν τη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή μεταμόσχευση μυελού των οστών θεωρείται πλέον ιδιαίτερα σημαντικός στην αντιμετώπιση των περισσότερων ασθενών με κακοήγη νεοπλασία. Σκοπός της περιοδοντικής θεραπείας στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε θεραπευτική αντιμετώπιση κακοήθους νεοπλασίας είναι ο έλεγχος της φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών καθώς και η ανίχνευση και η άρση των τοπικών παραγόντων που δυνατόν να προδιαθέτουν στην εμφάνιση επιπλοκών στη στοματική κοιλότητα κατά τη διάρκεια ή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της κακοήθους νεοπλασίας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το σχέδιο περιοδοντικής θεραπείας στον ογκολογικό ασθενή αφορούν: στην γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, στα χαρακτηριστικά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της κακοήθους νεοπλασίας, στην περιοδοντική κατάσταση και τις θεραπευτικές ανάγκες, την ύπαρξη ή μη επιπλοκών στην στοματική κοιλότητα από τη θεραπεία της κακοήθους νεοπλασίας και τη συνεργασιμότητα του ασθενούς.

Κάθε θεραπευτική ενέργεια στους περιοδοντικούς ιστούς θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί λίγες εβδομάδες πριν την έναρξη της θεραπείας της κακοήθους νεοπλασίας: 3 εβδομάδες πριν από ακτινοθεραπεία στην κεφαλή ή τον τράχηλο και 2 εβδομάδες πριν από τη χημειοθεραπεία. Δόντια με κακή ή πολύ αμφίβολη πρόγνωση ή δόντια που απαιτούν εκτεταμένες εργασίες αμφίβολης αποτελεσματικότητας για την αποκατάστασή τους οδηγούνται σε εξαγωγή. Η περιοδοντική θεραπεία πριν την έναρξη της θεραπείας της κακοήθους νεοπλασίας χαρακτηρίζεται από απλό σχέδιο θεραπείας, ταχύτητα εφαρμογής, προσεκτικούς και απραυματικούς χειρισμούς. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας της κακοήθους νεοπλασίας ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται από τον οδοντίατρο κυρίως για ανίχνευση πρώιμων ενδείξεων επιπλοκών και αντιμετώπιση αυτών. Μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας περιοδοντική θεραπεία εφαρμόζεται με περιορισμούς. Οι περιορισμοί αυτοί είναι πολύ περισσότεροι σε περίπτωση ακτινοθεραπείας στην κεφαλή ή τον τράχηλο, όπου η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών στη στοματική κοιλότητα είναι εξαιρετικά υψηλή.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γεώργιος Σαμώνης

Ογκολόγος - Λοιμωξιολόγος, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Οι ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα και οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν σωρεία ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η αναγγελία της διάγνωσης προκαλεί πανικό και αδυναμία ψυχραιμίου προγραμματισμού. Ο πανικός μεταδίδεται στην οικογένεια και η δυσλειτουργία επιτείνεται υπό το άγχος επικείμενου θανάτου. Συχνά το γεγονός ότι η νόσος είναι ιάσιμη παραβλέπεται από τον άρρωστο και το περιβάλλον του, λόγω παγιωμένων κοινωνικών αντιλήψεων ότι ο καρκίνος είναι πάντα νόσος θανατηφόρος. Υπ' αυτό το πρίσμα υπάρχουν κοινωνικά προβλήματα που παρεβλέποντο, υποβαθμιζόντο, ή μετατίθεντο, τώρα διογκώνονται. Συνεπώς ο ογκολόγος καλείται να αντιμετωπίσει πολύ ιδιαίτερες ανάγκες και πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος. Αρχικά επιβάλλεται να μιλήσει στην οικογένεια ή τα υποκατάστατά της, αναλύοντας πλήρως και ρεαλιστικά το πρόβλημα και προπαντός τις προοπτικές. Το περιβάλλον του αρρώστου, λόγω πίεσης ή άρνησης, δεν αντιλαμβάνεται εύκολα την πραγματικότητα. Ο ιατρός πρέπει να το γνωρίζει και να είναι όσο το δυνατόν πιο σαφής. Η επικοινωνία με τον ασθενή αποτελεί άλλο κεφάλαιο. Με τον άρρωστο ο ιατρός πρέπει να είναι λιγότερο σαφής αν οι προοπτικές είναι κακές και πολύ συγκεκριμένος αν οι προοπτικές είναι καλές. Σε ενδιάμεσες καταστάσεις πρέπει να τονίζονται τα ευοίωνα στοιχεία. Το ψέμα πρέπει να αποφεύγεται. Αυτονόητοι είναι και οι ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού και του ψυχολόγου, πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Συχνά όμως ελλείψει αυτών των ειδικοτήτων, ο ογκολόγος αναλαμβάνει το ρόλο τους. Ως εκ τούτου, ο νέος ιατρός που σκοπεύει να ασχοληθεί με ογκολογική ειδικότητα, πρέπει να γνωρίζει το περιβάλλον όπου θα κινηθεί και να σκεφθεί αν είναι κατάλληλα προετοιμασμένος, διότι πέραν της ιατρικής απαιτείται εγκύκλιος παιδεία και φιλοσοφική προσέγγιση του προβλήματος. Είναι αυτονόητο ότι στην ίδια βάση πρέπει να οργανώνονται και τα ογκολογικά νοσοκομεία, εξοπλισμένα με όλες τις απαραίτητες ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες προκειμένου να μην ταλαιπωρείται ο άρρωστος. Τέλος, δεν είναι αμελητέα η ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης του ίδιου του ιατρού, που

πρέπει να εργάζεται σε κατάλληλο περιβάλλον και πρόγραμμα. Πρέπει επίσης να τονισθεί η ανάγκη οργάνωσης μονάδων τελικής φροντίδας, κάτι που στην Ελλάδα είναι περίπου ανύπαρκτο. Σημαντικό είναι ότι η έρευνα στον τομέα της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης ασθενών με καρκίνο συνεχώς αναπτύσσεται.

HIV ΛΟΙΜΩΞΗ /AIDS, HBV, HCV

Σαμπατάκου Ελένη

Λέκτορας Παθολογίας Λοιμώξεων

Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Τμήμα Λοιμώξεων, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

Εκτιμάται ότι περισσότερα από 350 εκατομμύρια ατόμων με χρόνια HBV και > 170 εκατομμύρια με χρόνια HCV υπάρχουν παγκοσμίως, ενώ υπάρχουν περισσότερα από 40 εκατομμύρια προσβεβλημένων με HIV λοίμωξη. Η επιδημιολογία των λοιμώξεων αυτών και οι ομάδες κινδύνου διαφέρουν ανά γεωγραφική περιοχή. Επιπλέον, λόγω κοινών τρόπων μετάδοσης, το 1/3 των ασθενών με HIV λοίμωξη έχουν συλλοίμωξη με HCV, ποσοστό που υπερβαίνει το 75% μεταξύ HIV (+) αιμορροφιλικών και χρηστών ενδοφλέβιων ουσιών, ενώ 10% των HIV οροθετικών έχουν επίσης συλλοίμωξη με HBV. Αν και οι ιογενείς αυτές λοιμώξεις έχουν κοινούς τρόπους μετάδοσης, ο κίνδυνος μετάδοσης διαφέρει. Το ποσοστό περιγεννητικής μετάδοσης είναι 10% και 1-7% για HIV και HCV αντίστοιχα, ενώ μετά σεξουαλική επαφή 1-3% και <1% και μετά επαγγελματική έκθεση με τρύπημα με βελόνα 0.3% και 2-8% αντίστοιχα. Αν και ο κίνδυνος μετάδοσης της ηπατίτιδας C φαίνεται να είναι μικρός, είναι υπαρκτός και υπάρχουν πρόσφατες επιδημίες C με σεξουαλική επαφή μεταξύ ομοφυλοφίλων HIV (+) σε Λονδίνο, Παρίσι και Άμστερνταμ. Ο ιός της ηπατίτιδας C και B είναι 10 και 100 φορές αντίστοιχα πιο μολυσματικοί από τον HIV.

Εμβόλιο διαθέσιμο υπάρχει μόνο για την HBV λοίμωξη, που είναι ασφαλές και αποτελεσματικό και αποτελεί το πρώτο εμβόλιο για πρόληψη κακοήθειας καθώς η HBV προκαλεί το 80% του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Η ανοσοποίηση έναντι HBV διακρίνεται σε ενεργητική (εμβόλιο) και παθητική (ανοσοσφαιρίνη HBIG). Αποφυγή έκθεσης σε μολυσμένο αίμα και χρήση προφυλακτικού αποτελούν τρόπους πρόληψης HCV και HIV λοίμωξης, ενώ χημειοπροφύλαξη με HAART συστήνεται για πρόληψη μετά επαγγελματική έκθεση και για αποφυγή κάθετης μετάδοσης HIV.

Η μετακίνηση των πληθυσμών (οικονομική μετανάστευση και τουρισμός) οδηγούν σε μια συνεχώς μεταβαλλόμενη επιδημιολογία. Οι αριθμοί δεν επιτρέπουν εφησυχασμό, και η ευρεία εφαρμογή των μέτρων πρόληψης αποτελούν τον μόνο τρόπο αντιμετώπισης των λοιμώξεων αυτών που προσλαμβάνουν χαρακτήρα πανδημιών με ολέθριες συνέπειες σε Παγκόσμιο επίπεδο.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΑΓΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ

Βασιλική Σίδη - Φραγκανδρέα

Παιδίατρος - Ογκολόγος

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Παδογκολογικού Τμήματος

Η πρόγνωση του παιδιού με καρκίνο έχει θεαματικά βελτιωθεί κατά την τελευταία τριακονταετία και τούτο οφείλεται αφ' ενός στην εξέλιξη των μεθόδων διάγνωσης αφ' ετέρου στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σήμερα τρία στα πέντε παιδιά με καρκίνο ιώνται πλήρως, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με υποτροπή της νόσου. Η μεγάλη αύξηση της επιβίωσης των παιδιών αυτών οφείλεται στις μεγάλες προόδους στην χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και τέλος τη χειρουργική με νέες τεχνικές εφ' όσον πρόκειται για συμπαγή όγκο. Από τις αιματολογικές κακοήθειες: η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία, η οξεία μυελογενής λευχαιμία, η νόσος Hodgkin και τα μη Hodgkin λεμφώματα μπορεί να ιαθούν με την εφαρμογή πολυχημειοθεραπείας, ενώ οι συμπαγείς όγκοι αντιμετωπίζονται επιτυχώς με το συνδυασμό χειρουργικής εξαίρεσης και χημειο-ακτινοθεραπείας. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι φάρμακα υψηλής τοξικότητας που εκδηλώνεται από διάφορα συστήματα και η οποία εκτός από τη νοσηρότητα που δημιουργεί, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο και τη ζωή του άρρωστου παιδιού. Οι συστηματικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας αφορούν κυρίως το αιμοποιητικό σύστημα (μυελοκαταστολή), το δέρμα (αλωπεκία, υπέρχρωση, ερύθημα κλπ.) το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, διαταραχές γεύσης, διάρροια, δυσκοιλιότητα, στοματίτιδα) το κεντρικό νευρικό σύστημα, το ουροποιητικό σύστημα (νεφροτοξικότητα, αιμορραγική κυστίτιδα), μεταβολικές διαταραχές, ηπατοτοξικότητα και καρδιοτοξικότητα.

Οι επιπτώσεις από το στόμα συμβαίνουν διότι τα κύτταρα του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας είναι σοβαρά εκτεθειμένα στην επίδραση και τους κινδύνους των κυτταροστατικών. Η ανοσοκαταστολή και η ουδετεροπενία θα ευνοήσουν την ανάπτυξη λοιμώξεων. Η βλεννογονίτιδα που αποτελεί συνήθη εκδήλωση μπορεί να επιμολυνθεί από μικρόβια και μύκητες. Εν τούτοις λοίμωξη της στοματικής κοιλότητας μπορεί να επισημβεί και χωρίς προηγηθείσα βλεννογονίτιδα. Οι συχνότεροι παθογόνοι μικροβιακοί παράγοντες είναι: ψευδομονάδα, στελέχη του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, το κολοβακτηρίδιο, ενώ από τους μύκητες συχνότερα είναι τα είδη της candida. Περιοδοντικές λοιμώξεις θα προκληθούν είτε από την υπάρχουσα χλωρίδα είτε από επιμολύνσεις λόγω της ανοσοκαταστολής από την χημειοθεραπεία ενώ ουλορραγία προκαλείται λόγω θρομβοκυττοπενίας. Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες θα προκαλέσουν ακόμη: ξηροστομία, λόγω διαταραχής της λειτουργίας των σιελογόνων αδένων, οξεία ελκώδη νεκρωτική ουλίτιδα, οδονταλγία λόγω νευροτοξικότητας της χημειοθεραπείας, γωνιακή χειλίτιδα και επιχειλίο έρπη. Όλες οι ανωτέρω επιπτώσεις της χημειοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα αντιμετωπίζονται επιτυχώς με την κατάλληλη αντιμικροβιακή, αντιμυκητιασική, αντιϊκή και υποστηρικτική αγωγή αλλά και με την απαραίτητη συνεργασία και βοήθεια του συναδέλφου οδοντίατρου - στοματολόγου.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Εμμανουήλ Ι. Σταύρου¹, Κων/νος Αλεξανδρίδης², Ιωάννα Δασκαλά³, Ι.Ε. Σταύρου⁴, Σωτήριος Βλασταράκος⁵

¹Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

²Καθηγητής, Δ/ντής Τομέας Παθολογίας & Χειρουργικής του Στόματος

³Οδοντίατρος Msc στην Παθολογία-Στοματική Χειρουργική, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

⁴Ιατρός, Ειδικευόμενος Αναισθησιολόγος, Νοσοκομείο "Παμμακάριστος", Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

⁵Χειρουργός Οδοντίατρος

Το σχέδιο θεραπείας από πλευράς Στοματικής Χειρουργικής αποφασίζεται με βάση το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, το προσδόκιμο επιβίωσης του, τον τύπο και την εντόπιση του όγκου, το χρονικό διάστημα που έχει αρχίσει ή έχει ολοκληρωθεί η ακτινοθεραπεία ή/και η χημειοθεραπεία, τη δόση της ακτινοβολίας, την οδοντοστοματολογική κατάσταση του ασθενούς και τη στοματική του υγιεινή. Το σχέδιο θεραπείας των ογκολογικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στην Κλινική Στοματικής κα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στα πλαίσια συνεργασίας με τη Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, περιλαμβάνει απλές και χειρουργικές αφαιρέσεις δοντιών, ουλοπλαστική και φατιοπλαστική, καθώς και χειρουργικό καθαρισμό οστικών απολλυμμάτων. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στον προεγχειρητικό έλεγχο του ογκολογικού ασθενούς διότι με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν και να θεραπευτούν καταστάσεις φλεγμονής που πιθανά να προκαλούσαν σοβαρά προβλήματα στον ασθενή, χωρίς να διατρέχει μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2004 έως Οκτώβριο 2007 προσήλθαν στην κλινική της Στοματικής κα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής είκοσι ογκολογικοί ασθενείς, ηλικίας 16 έως 77 ετών, με πρωτοπαθείς εστίες στην τραχηλοπροσωπική περιοχή ή/και σε άλλα σημεία του σώματος. Επίσης, μερικοί εμφάνιζαν και μεταστατικά καρκινώματα κυρίως στην τραχηλοπροσωπική χώρα, στοιχείο που χρειάζεται να ληφθεί υπ' όψιν κατά το σχεδιασμό και την εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας, διότι είναι πιθανό να δυσχεράνει τόσο την επέμβαση όσο και την επούλωση του τραύματος.

Κατόπιν προσεκτικής αξιολόγησης του ιατρικού ιστορικού και συνεννόησης με τους υπόλοιπους ιατρούς της Ογκολογικής Μονάδας (αιματολόγο, ογκολόγο, ακτινοθεραπευτή) και με βάση την κλινική αι ακτινογραφική εικόνα, αποφασίστηκε το κατάλληλο σχέδιο θεραπείας για κάθε ασθενή. Πραγματοποιήθηκαν 22 απλές και 52 χειρουργικές αφαιρέσεις δοντιών, 5 περιστατικά ουλοπλαστικής κα φατιοπλαστικής και ένα περιστατικό χειρουργικού καθαρισμού οστικών απολλυμμάτων λόγω οστεονέκρωσης της Γνάθου από χρήση διφωσφονικών φαρμάκων για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας. Για κάθε ασθενή ελήφθησαν τα ενδεδειγμένα προφυλακτικά μέτρα (αντιβιοτική κάλυψη, ήπιοι χειρουργικοί χειρισμοί, περιποίηση και συρραφή του τραύματος) και δόθηκαν οι απαιτούμενες μετεγχειρητικές οδηγίες παρακολούθησης. Ο μετεγχειρητικός πόνος παρακολούθησης κυμάνθηκε από 1- 10 εβδομάδες χωρίς να παρατηρηθούν επιπλοκές.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΑΓΩΝ ΟΓΚΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ

Αγγελική Παπαμιχαήλ, Ελένη Παπαμιχαήλ, Κωνσταντίνος Νικ. Συρίγος
Ογκολογική Μονάδα ΓΠΠ, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο "Η Σωτηρία".

Οι πιο σημαντικές συστηματικές επιπλοκές των κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των συμπαγών όγκων είναι η αναιμία, η λευκοπενία, η θρομβοπενία, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια και η καρδιακή ανεπάρκεια. Οι νεότεροι βιολογικοί παράγοντες αναστέλλουν συγκεκριμένα κυτταρικά μονοπάτια (π.χ. EGFR, VEGFR), δεσμεύοντας είτε τον μεμβρανικό υποδοχέα, είτε τον ενδοκυττάριο μεσολαβητή. Έχουν διαφορετική τοξικότητα, που περιλαμβάνει εκσεσημασμένο εξάνθημα και διάρροια. Η σημαντική μυελοκαταστολή που προκαλεί η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία εκδηλώνεται στην στοματική κοιλότητα ως βλεννογονίτιδα, η οποία μπορεί να είναι είτε αποτέλεσμα της άμεσης επίδρασης του φαρμάκου στο επιθήλιο (άμεση στοματοτοξικότητα) είτε της αδυναμίας του οργανισμού να ελέγξει μικρή σε έκταση τοπική βλάβη λόγω της μυελοκαταστολής (έμμεση στοματοτοξικότητα). Ο κίνδυνος ανάπτυξης στοματίτιδας είναι αυξημένος αν προϋπάρχει κακή υγιεινή στόματος, χρήση τοπικών ερεθιστικών (καπνός, αλκοόλ), ή ατροφία των μεμβρανών (όπως σε ηλικιωμένα άτομα ή μετά από ακτινοθεραπεία). Η βλεννογονίτιδα στόματος εμφανίζεται 5-7 ημέρες μετά την χορήγηση του αντινεοπλασματικού φαρμάκου και ταξινομείται, ανάλογα με την κλινική εικόνα και την βαρύτητά της, σε βαθμούς I-IV. Οι δύο κυριότερες συνέπειες της έμμεσης στοματοτοξικότητας είναι η λοίμωξη και η αιμορραγία. Στις περισσότερες περιπτώσεις η στοματική λοίμωξη οφείλεται σε βακτήρια και λιγότερο συχνά σε μύκητες. Η θεραπεία αποσκοπεί κυρίως στην ανακούφιση από τον πόνο μέσω αναλγητικών είτε με την μορφή στοματικών διαλυμάτων, είτε συστηματικά (υποδορίως ή ενδοφλεβίως).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

I. Γ. Τζούτζας

Αναπληρωτής Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Η προληπτική και θεραπευτική προσέγγιση των οδοντικών βλαβών σε ογκολογικούς ασθενείς πρέπει να χαρακτηρίζεται από τεχνικές εργονομικά απλές, λειτουργικά επαρκείς και μακρόβιες, αποφεύγοντας τις ακρότητες, τα εργώδη, πολύπλοκα και περίπλοκα σχέδια θεραπείας.

Καθοριστικής σημασίας είναι η γνώση από τον επεμβαίνοντα, των διαφόρων τεχνικών κοπής και αφαίρεσης των σκληρών οδοντικών ιστών, έτσι ώστε να επιταχύνεται η όποια αποκοπή και παράλληλα να περιορίζεται η ανάγκη για πολλαπλές χορηγήσεις αναισθητικών διαλυμάτων.

Στη σύγχρονη επανορθωτική αλλά και προληπτική διαχείριση των βλαβών των σκληρών οδοντικών ιστών, τα πάσης φύσης πολυμερή υλικά μπορούν να παίξουν ένα καθοριστικό ρόλο και τούτο διότι επιτρέπουν την ταχεία και αξιόπιστη αποκατάσταση των βλαβών, χωρίς την ανάγκη αφαίρεσης μεγάλου όγκου οδοντικών ιστών.

Στην παρουσίαση αυτή γίνεται παρουσίαση και αναφορά των διαφόρων βλαβών που είναι συχνές στους ογκολογικούς ασθενείς, οι τεχνικές ελέγχου του πεδίου εργασίας, οι πλέον ενδεδειγμένες τεχνικές αποκοπής και τέλος παρουσιάζονται υλικά και τεχνικές για τη συντηρητική αλλά και την εκτενή αποκατάσταση παθολογικών ή ελλειπόντων σκληρών οδοντικών ιστών, με έμφαση τις τερηδονικές βλάβες και τις αυχενικές διαβρώσεις.



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
ORAL PRESENTATIONS

Ο 1 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΛΗΨΗΣ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΩΝ
P 27 Μουζακίτη Ε., Τζέρμπος Φ., Πεπελάση Ε., Ραζή Ε.

Εργαστήριο Περιοδοντολογίας
Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
Ογκολογική Κλινική- Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο 'Υγεία'

Εισαγωγή: Τα διφωσφονικά (ανάλογα των πυροφωσφορικών χημικών ενώσεων) είναι σχετικά νέα φάρμακα, που χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση μεταστάσεων καρκίνων στα οστά, αλλά και για την οστεοπόρωση, έχοντας ως στόχο τον περιορισμό της απορρόφησης του οστού. Τα οφέλη που παρέχονται ειδικά σε καρκινοπαθείς είναι σημαντικά και κάνουν τη χρήση τους απαραίτητη. Όμως μια σημαντική επιπλοκή τους είναι η οστεονέκρωση των γνάθων, η αντιμετώπιση της οποίας είναι δύσκολη.

Σκοπός: Στην εργασία γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση της οστεονέκρωσης των γνάθων λόγω λήψης διφωσφονικών και παρουσίαση κλινικού περιστατικού με οστεονέκρωση στην άνω γνάθο και ανάλυση του τρόπου αντιμετώπισής του.

Παρουσίαση περιστατικού: Στην ασθενή διαγνώστηκε καρκίνος του μαστού προ πενταετίας, ο οποίος αντιμετωπίστηκε με ολική αφαίρεση. Πριν δύο έτη παρουσίασε μεταστάσεις στα οστά και ξεκίνησε ένα πρόγραμμα μηνιαίας χορήγησης αλενδρονάτης ενδοφλεβίως. Μετά από ένα χρόνο χρειάστηκε να γίνουν κάποιες εξαγωγές δοντιών στην άνω γνάθο και να κατασκευαστεί μια ολική οδοντοστοιχία.

Ύστερα από τρεις μήνες, μετά από παραπομπή από την θεράποντα ιατρό, η ασθενής προσήλθε για οδοντιατρική εξέταση. Τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα, με βάση το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, οδήγησαν στη διάγνωση της ύπαρξης οστεονέκρωσης λόγω λήψης διφωσφονικών στην άνω γνάθο (δεξιά και αριστερά) στις περιοχές των εξαγωγών.

Αντιμετώπιστηκε επιτυχώς με χορήγηση αντιβίωσης, στοματικού διαλύματος χλωρεξιδίνης και εξομάλυνση των οξύαιχμων οστικών ακίδων του αποκαλυμμένου οστού. Ακόμα έγινε σύσταση μη χρήσης της ολικής οδοντοστοιχίας.

Συμπεράσματα: Η οστεονέκρωση λόγω λήψης διφωσφονικών είναι μια σοβαρή επιπλοκή. Η θεραπευτική της αντιμετώπιση είναι δύσκολη, μακρόχρονη και μη προβλέψιμη.

Ο 2 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΟΔΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΛΑΒΕΙ
P 40 **ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Φανδριδής Ι., Ζερβού-Βάλβη Φ., Χρανιώτη Σ., Θωμά-Τσαγκλή Ε.
Οδοντιατρικό και Παθολογοανατομικό Τμήμα του Γ.Ν. "Ασκληπιείο Βούλας"

Εισαγωγή: Τα διφωσφονικά είναι χημικοί παράγοντες οι οποίοι εμπλέκονται στο μεταβολισμό του οστού αναστέλλοντας την οστεολυτική δράση των οστεοκλαστών. Χορηγούνται για την αντιμετώπιση οστικών μεταστάσεων κακοήθων νεοπλασιών, πολλαπλού μυελώματος, νόσου Paget, και οστεοπόρωσης. Σοβαρή επιπλοκή της χρήσης των είναι η οστεονέκρωση των γνάθων η οποία εμφανίζεται κυρίως μετά από εξαγωγή.

Σκοπός: Η παρουσίαση περιστατικού με οστεονεκρώσεις της κάτω γνάθου μετά από εξαγωγές σε ασθενή που είχε λάβει διφωσφονικά.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής, ηλικίας 80 ετών, που ελάμβανε διφωσφονικά, προσήλθε προ διετίας στο Οδοντιατρικό Τμήμα ως επείγον περιστατικό λόγω άλγους. Ο ασθενής είχε λάβει ενδοφλεβίως μέχρι τότε και για δύο χρόνια διφωσφονικά λόγω ιστορικού χρόνιας λεμφογενούς λευχαιμίας και κακοήθων νεοπλασιών παχέος εντέρου και προστάτη. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε ότι μεταξύ άλλων έχρηζε εξαγωγών οδόντων.

Στην κάτω γνάθο υπήρχε μεγάλη οστεονεκρωτική εστία σε θέση παλαιότερης εξαγωγής. Το οστικό απόλυμα αφαιρέθηκε και εστάλη για ιστολογική εξέταση, η οποία έδειξε ότι το οστό δεν παρουσίαζε οστεοβλαστική ή οστεοκλαστική δραστηριότητα, ο δε ιστός των μυελωχάρων εμφάνιζε πλήρη νέκρωση. Στην παρυφή του απολύματος παρατηρήθηκαν αθροίσεις ουδετερόφιλων πολυμορφοκυττάρων καθώς και εναποθέσεις δομών ακτινομύκητα. Για την διαχείριση του ασθενούς σχετικά με τις εξαγωγές που απαιτούνταν, έγινε συνεννόηση με τους αρμόδιους ιατρούς και κατόπιν αυτής διεκόπησαν οριστικά τα διφωσφονικά και υπό αντιβιοτική κάλυψη έγιναν οι εξαγωγές οδόντων αρχικά του 35 και αργότερα του 46. Παρόλα αυτά, μετά από διάστημα δέκα μηνών περίπου ο ασθενής εμφάνισε οστεονεκρωτικές εστίες στις περιοχές των δύο εξαγωγών.

Ο ασθενής βρίσκεται υπό στενή οδοντιατρική παρακολούθηση τόσο για αποφυγή επιμόλυνσης των οστεονεκρωτικών εστιών όσο και για την αντιμετώπιση διαφόρων στοματολογικών προβλημάτων που εμφανίζει λόγω της πολλαπλής του παθολογίας όπως καντιντίασης και ξηροστομίας.

Συμπέρασμα: Η διαχείριση ασθενούς που λαμβάνει διφωσφονικά είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί την εργήγορη του οδοντιάτρου και την στενή παρακολούθηση του ασθενούς.

Ο 3 ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ (ΟΝΓ) ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

P 42 Ξερέτη Μαρία, Κατσουράκης Μιχαήλ, Μπατζακάκης Δημήτριος, Αγά-Κουμπίτσκα Ειρήνη
Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Οδοντιατρικό Τμήμα, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

Εισαγωγή: Η στοματοκολπική επικοινωνία μετά από εξαγωγή δοντιού σε ασθενείς με ΟΝΓ μετά χορήγηση διφωσφονικών έχει ιδιαίτερη κλινική και ακτινολογική εικόνα και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για την ορθότερη αντιμετώπισή της.

Σκοπός μας είναι η παρουσίαση τριών ασθενών με ΟΝΓ που παραπέμφθησαν στην κλινική μας και παρουσίαζαν στοματοκολπική επικοινωνία και η ανάλυση του σχεδίου αντιμετώπισής τους.

Υλικό και μέθοδος. Οι ασθενείς μας είναι άνδρες, ηλικίας 74 και 86 ετών με μεταστατικό στα οστά Ca προστάτη οι δύο πρώτοι, και 69 ετών με πολλαπλόν μυέλωμα ο τρίτος. Παραπέμφθησαν λόγω αδυναμίας επούλωσης φατνίου μετά από εξαγωγή, με φλέγμονα παρειάς και ενδοστοματικό συρίγγιο αντίστοιχα. Στους ασθενείς έγινε πλήρης ακτινολογικός έλεγχος, σπινθηρογράφημα οστών και CT Denta Scan.

Αποτελέσματα. Και στους τρεις ασθενείς διεπιστώθη ετερόπλευρη κατάληψη του ιγμόρειου, λύση της οστικής συνέχειας, εκροή πύου και αποκάλυψη οστού. Εκτιμώντας την γενική υγεία των ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσης αποφασίστηκε συντηρητική αντιμετώπιση για τους δύο πρώτους ασθενείς και χειρουργική για τον τρίτο με βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων.

Συμπέρασμα. Η στοματοκολπική επικοινωνία σε ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά είναι μια κατάσταση μη ιάσιμη, δύσκολα αντιμετωπίσιμη που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ο 4 ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΟΥΛΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ/ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

P 29 Τ. Σαρρή¹, Δ. Γαλίτη¹, Α. Ξανθινάκη¹, Π. Αθανασιάδου²

¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα -1 έχει αναγνωριστεί ως σημαντική αιτία νοσηρότητας στους ασθενείς με κακοήγη νοσήματα. Η ανοσοκαταστολή αποτελεί τον κύριο προδιαθεσικό παράγοντα που ευνοεί την αναζωπύρωση της ερπητικής λοίμωξης και την εμφάνιση δευτεροπαθούς ερπητικής στοματίτιδας.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται ένα περιστατικό στο οποίο ο ασθενής μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, εμφάνισε ερπητική ουλοστοματίτιδα ως πρωτοπαθή λοίμωξη.

Παρουσίαση περιστατικού: Άνδρας 26 ετών προσήλθε στην κλινική μας με έντονο πόνο στη στοματική κοιλότητα, δύο μήνες μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας για την αντιμετώπιση καρκίνου της γλώσσας. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν ελκώσεις στα προσπεφυκόμενα ούλα, στη σκληρή υπερώα και στην έσω επιφάνεια του κάτω χείλους. Τέθηκε η κλινική διάγνωση πρωτοπαθούς ερπητικής ουλοστοματίτιδας ενώ στη διαφορική διάγνωση περιελήφθη και η χρόνια βλεννογονίτιδα. Λήφθηκε κυτταρολογικό επίχρισμα και στάλθηκαν εξετάσεις για τον ορολογικό προσδιορισμό του τίτλου των αντισωμάτων έναντι των ιών HSV-1 και HSV-2. Ταυτόχρονα χορηγήθηκε αντιερπητική αγωγή per os και συστήθηκε επανάληψη των ορολογικών εξετάσεων μετά την πάροδο δεκαπενθημέρου. Τα αποτελέσματα του κυτταρολογικού και ορολογικού ελέγχου επιβεβαίωσαν τη διάγνωση της πρωτοπαθούς ερπητικής λοίμωξης.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των ερπητικών λοιμώξεων στους ογκολογικούς ασθενείς αφορά σε δευτεροπαθή αναζωπύρωση προϋπάρχουσας λοίμωξης και όχι σε πρωτολοίμωξη.

Στη παρούσα εργασία, ο ασθενής εμφάνισε πρωτοπαθή ερπητική ουλοστοματίτιδα μετά από το πέρας της ακτινοθεραπείας στην οποία υποβλήθηκε για την αντιμετώπιση καρκίνου της γλώσσας.

Συνεπώς, εκτός από την αναζωπύρωση της λοίμωξης και η πρωτοπαθής ερπητική λοίμωξη θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της βλεννογονίτιδας. Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα εξάλλου, η πρωτοπαθής ερπητική λοίμωξη δεν είναι αποκλειστικά πλέον λοίμωξη της παιδικής ηλικίας στο δυτικό κόσμο.

O 5 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

P 28 Δ.Γαλίτη¹, Τ.Σαρρή¹, Α.Ξανθινάκη¹, Ι.Γιωτάκης², Ε. Σαμπατάκου³

¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο"

³Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Παθολογική, Νοσοκομείο "Ιπποκράτειο"

Εισαγωγή: Η ηπατίτιδα Β και C είναι ιογενείς λοιμώξεις με σπάνιες εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα. Αν και η συσχέτιση του ιού του AIDS με λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας είναι γνωστή και καλά τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά, δεν υπάρχουν αντίστοιχες αναφορές για πιθανή συσχέτιση των ιών της ηπατίτιδας Β και C με στοματικές λοιμώξεις.

Σκοπός: Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται δύο περιστατικά στα οποία η εμφάνιση λοιμώξεων από τη στοματική κοιλότητα οδήγησε στη διάγνωση ηπατίτιδας στους ασθενείς.

Παρουσίαση Περιστατικών:

1. Άνδρας 36 ετών με σύνδρομο Down παραπέμφθηκε στην κλινική μας εξαιτίας της παρουσίας διάχυτων βλαβών στη στοματική κοιλότητα με συνοδό δεκατική πυρετική κίνηση. Διεγνώσθηκε ελκονεκρωτική στοματίτιδα και χορηγήθηκε μετρονιδαζόλη (Flagyl) p.o. που οδήγησε σε ίαση των βλαβών. Ο εργαστηριακός έλεγχος απεκάλυψε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα Β.

2. Άνδρας 46 ετών παραπέμφθηκε στην κλινική μας για αξιολόγηση στοματίτιδας με συνοδό εμπύρετο. Η κλινική εξέταση απεκάλυψε ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση του στόματος. Η χορήγηση φλουκοναζόλης (Fungostatin) i.v. οδήγησε σε ίαση της βλάβης. Μετά από εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη ηπατίτιδας C.

Συμπέρασμα: Οι στοματικές λοιμώξεις, όπως η ελκονεκρωτική ουλίτιδα και η ψευδομεμβρανώδης καντιντίαση, πιθανόν να αποτελούν άγνωστες εξωηπατικές εκδηλώσεις της ηπατίτιδας Β και C. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση της χρησιμότητας των στοματικών λοιμώξεων ως δείκτες υψηλής υποψίας για την πρόωπη διάγνωση της ηπατίτιδας Β και C.

O 6 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΦΕΛΟΥΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ II ΚΑΙ III

P 26 Ντομουχτσής Α.¹, Κυργίδης Α.¹, Κοντός Κ.¹, Κεχαγιάς Ν.¹, Κιζιρίδου Α.², Ανδρεάδης Χ.³, Βαχτσεβάνος Κ.¹

¹Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Θεσσαλονίκης

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"

³3ο Τμήμα Κλινικής Ογκολογίας, Α.Ν.Θ. "Θεαγένειο"

Σκοπός: Ασθενείς με κακόηθες μελάνωμα έχουν δυσμενή πορεία, με πιθανότητες επιβίωσης 30-70% αναλόγως σταδίου. Η συμπληρωματική θεραπεία έχει στόχο την βελτίωση του ελεύθερου νόσου διαστήματος και της ολικής επιβίωσης. Ειδικώς για το μελάνωμα κεφαλής και τραχήλου υπάρχει μικρή εμπειρία για το όφελος της συμπληρωματικής μετεγχειρητικής θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδοι: Στη μελέτη εντάχθηκαν 44 ασθενείς (28 άνδρες, 16 γυναίκες) με ιστολογικά τεκμηριωμένο κακόηθες μελάνωμα κεφαλής και τραχήλου σταδίων II και III (κατά AJCC), μέσης ηλικίας 63,5 ετών. Σε 16 (36,4%) ασθενείς η πρωτοπαθής εστία ήταν ο βλεννογόνος του στόματος. Στο στάδιο II ανήκαν 32 (72,7%) και στο στάδιο III 12 (27,3%) ασθενείς. Σε 21 ασθενείς χορηγήθηκε επικουρική χημειοθεραπεία (Χ/Θ) με Vindesin-DTIC (6-8 κύκλοι, ανά 21 μέρες), σε 12 επικουρική ΧΜΘ (με το ίδιο σχήμα) και ακολούθως Interferon (IFN) α-2b (5-10x106 IU, sc, τρεις ανά εβδομάδα, για 12 μήνες ενώ οι υπόλοιποι 11 τέθηκαν σε παρακολούθηση).

Αποτελέσματα: Μετά από διάμεση παρακολούθηση 71 μηνών, η ολική διάμεση επιβίωση του συνόλου των ασθενείων ανέρχεται σε 88 μήνες (95%CI:65-111). Τα ποσοστά 1-ετούς και 3-ετούς επιβίωσης των ασθενείων ήταν 87% και 45% αντιστοίχως. Η διάμεση επιβίωση των ασθενείων σταδίων II και III ήταν 93 (95%CI:67-120) και 20 μήνες (95%CI:0-40) αντιστοίχως (p=0.006). Το διάμεσο ελεύθερο νόσου διάστημα (ΕΝΔ) ήταν 83 μήνες (95%CI:60-105). Το ποσοστό 1-ετούς και 3-ετούς ΕΝΔ ήταν 78% και 56% αντιστοίχως. Το διάμεσο ΕΝΔ των ασθενείων σταδίων II και III ήταν 67 (95%CI:48-85) και 15 μήνες (95%CI:0-34) αντιστοίχως (p=0.008).

Συμπέρασμα: Από την ανάλυση του υλικού μας δε φαίνεται να υπάρχει σημαντικό όφελος από τη συμπληρωματική θεραπεία στο μελάνωμα κεφαλής και τραχήλου. Ο μικρός αριθμός ασθενών της μελέτης δεν επιτρέπει την ασφαλή τεκμηρίωση των συμπεραμάτων. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενείων.

Ο 7 ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΑ ΑΤΥΠΗ CD30+ Τ-ΛΕΜΦΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΕΛΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΟΥ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΟΣ

Αρσινόη Ξανθινάκη¹, Θεοδώρα Παπαδάκη², Γεράσιμος Νικολάτος³, Κωνσταντίνος Κατουμάς¹, Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη¹, Ελένη Κοσμίδη⁴

¹Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

²Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Νοσοκομείο "Ο Ευαγγελισμός"

³ΩΡΛ Κλινική, Νοσοκομείο "Ελπίς"

⁴Παιδιατρική Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "Π.&Α. Κυριακού"

Εισαγωγή: Το Τραυματικό Ηωσινόφιλο Κοκκίωμα του στόματος (ΤΗΚ) αποτελεί χρόνια αυτοπεριοριζόμενη βλάβη άγνωστης παθογένειας. Εκδηλώνεται συνήθως ως έλκος με σκληρά επηρμένα χείλη. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από πυκνή, διάχυτη και πολύμορφη κυτταρική διήθηση του χορίου ή και των υποκείμενων μαλακών ιστών (με ή χωρίς αυξημένο αριθμό ηωσινοφίλων λευκοκυττάρων).

Σκοπός: Παρουσιάζεται πολυεστιακό ΤΗΚ του στόματος με έμφαση στην παθολογοανατομική ετερογένεια των νόσων με κλινική εικόνα ΤΗΚ.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν 13 ετών προσήλθε με πόνο κατά το βούρτσισμα των δοντιών, διάρκειας πέντε εβδομάδων. Κλινικά διαπιστώθηκαν ελκώσεις με σκληρά, υπεργερμένα χείλη στη γλώσσα και τα ούλα. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιέλαβε την ελκονεκρωτική στοματίτιδα, την ιστοκυττάρωση Langerhans και τα μη Hodgkin's λεμφώματα (NHL). Οι ελκώσεις αφαιρέθηκαν χειρουργικά και η επούλωση υπήρξε ομαλή. Η ιστολογική, ανοσοϊστοχημική και μοριακή διερεύνηση της βλάβης τεκμηρίωσε τη διάγνωση άτυπης CD30+ T-λεμφοπερπλαστικής εξεργασίας με ανώμαλο ανοσοφαινότυπο, σαφή επιθηλιοτροπισμό και έντονη ηωσινοφιλική διήθηση με συνοδό κλωνικού χαρακτήρα IgM (κ) πλασματοκυτταρική διήθηση.

Συζήτηση/Συμπεράσματα: Από τη παραπάνω μελέτη και τα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι το ΤΗΚ:

(1) Κλινικά μιμείται ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, ελκονεκρωτική στοματίτιδα, ιστοκυττάρωση Langerhans και κακοήθεις λεμφοπερπλαστικές εξεργασίες, ενώ η ιστολογική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την ιστοκυττάρωση Langerhans, τα Hodgkin's και μη Hodgkin's λεμφώματα.

(2) Αφορά ομάδα καλοήθων νόσων, ετερογενών παθολογοανατομικά και ιστογενετικά, που περιλαμβάνει και την άτυπη η μη CD30+ T-λεμφοπερπλαστική εξεργασία του στόματος πλούσια σε ηωσινόφιλα. Η ανοσοϊστοχημική ή και μοριακή μελέτη στοματικών βλαβών με κλινική εικόνα ΤΗΚ, παράλληλα με την ιστολογική, είναι αναγκαία στα πλαίσια της τεκμηρίωσης της διάγνωσης της CD30+ T-λεμφοπερπλαστικής εξεργασίας και της διαφορικής διάγνωσης κυρίως από υψηλής κακοήθειας περιφερικό T-λέμφωμα από CD30+ μεγάλα κύτταρα.

Ο 8 ΔΙΑΧΕΙΡΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΥΨΗΛΗΣ ΔΟΣΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΙΑΣΜΟ ΜΕ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΕΝΤΑΝΥΛΗΣ

Π.Χέρας, Α.Χατζόπουλος, Κ.Κρητικός

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

Εισαγωγή: Η βλεννογονίτιδα του στόματος είναι συχνή και σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειο και ραδιοθεραπείας, αποτελεί δε σοβαρό πρόβλημα στη ρύθμιση των ασθενών που λαμβάνουν υψηλή δόση χημειοθεραπείας.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας του διαδερμικού συστήματος (TTS) φεντανύλης στη διαχείριση του οξέος πόνου εξαιτίας της στοματικής βλεννογονίτιδας, σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλή δόση χημειοθεραπείας.

Ασθενείς και Μέθοδος: Ένα σύνολο 60 διαδοχικών καρκινοπαθών με επώδυνη βλεννογονίτιδα στόματος συμμετείχαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν υψηλή δόση χημειοθεραπείας. Αρχικά, χορηγήθηκαν 25microg/h (TTS) φεντανύλης για τη θεραπεία του πόνου της βλεννογονίτιδας στόματος.

Αποτελέσματα: Επαρκής αναλγησία επετεύχθη με δόση 25microg/h σε 35 ασθενείς με βλεννογονίτιδα I-II βαθμού (WHO) και 50microg/h σε 25 ασθενείς με βλεννογονίτιδα III-IV βαθμού. 8 (13,3%), 14 (23,3%) και 9 (15%) ασθενείς παρουσίασαν πονοκέφαλο, βελτίωση του ύπνου και ναυτία - έμετο, αντίστοιχα. Η μέση διάρκεια της θεραπείας ήταν 8 μέρες (εύρος 6-14 μέρες).

Συμπεράσματα: Η εμπειρία μας δείχνει ότι το διαδερμικό σύστημα (TTS) φεντανύλης αποτελεί αξιόπιστη λύση στην διαχείριση του πόνου σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλή δόση χημειοθεραπείας και παρουσίασαν βλεννογονίτιδα στόματος.

O 9 ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

P 34 Ι. Αρτοπούλου, Γ. Παπαβασιλείου

Μεταπτυχιακή Κλινική, Εργαστηρίου Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα επίκτητα ελλείματα της άνω και κάτω γνάθου οφείλονται κυρίως σε χειρουργική αφαίρεση καλοήθων ή κακοήθων νεοπλασμάτων της σκληρής και μαλακής υπερώας, των παραρρινίων κόλπων, μέρους ή όλης της κάτω γνάθου, του εδάφους του στόματος και των φατνιακών αποφύσεων. Το μέγεθος τους εξαρτάται από την εντόπιση της νόσου και το είδος της εκτομής, ενώ επιφέρουν αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα στον ασθενή αφού σχετίζονται άμεσα με την απώλεια σημαντικών ανατομικών δομών. Η προσθητική τους αποκατάσταση είναι απαραίτητη, όχι μόνο για αισθητικούς λόγους αλλά κυρίως για επαναφορά της λειτουργικότητας των ασθενών σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Υλικά & Μέθοδος: Θα παρουσιαστούν κλινικά περιστατικά ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση όγκων της άνω και κάτω γνάθου καθώς και η προσθητική αποκατάσταση αυτών, όπως αντιμετωπιστηκαν στην Μεταπτυχιακή Κλινική του Εργαστηρίου Προσθητικής της Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Αποτέλεσμα- Συμπέρασμα: Η προεγχειρητική επικοινωνία και συνεργασία του γναθοπροσωπικού προσθετολόγου με τον θεράποντα γναθοπροσωπικό χειρουργό είναι απαραίτητη με σκοπό την αρτιότερη αποκατάσταση του ασθενή τόσο κατά τη άμεση μετεγχειρητική περίοδο, όσο και για τον καθορισμό του σχεδίου θεραπείας της τελικής προσθητικής αποκατάστασης. Ο ρόλος του γναθοπροσωπικού προσθετολόγου είναι σημαντικός αφού συνίσταται στην λειτουργική, αισθητική και ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενή, συμβάλλοντας τόσο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του γναθοπροσωπικού ασθενή όσο και στην ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό σύνολο.

O 10 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

P 32 Δ. Βόμβας, Μ. Πομώνη, Δ. Σπυροπούλου, Δ. Καρδαμάκης

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας

Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Η σωματική εικόνα είναι ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής μας εικόνας και η κοινωνία δίνει μεγάλη βαρύτητα σε ένα ελκυστικό σώμα. Νόσος η οποία απαιτεί τη δημιουργία στομίας προκαλεί αλλαγές τόσο στην εμφάνιση όσο και στη λειτουργία του οργάνου.

Η σεξουαλικότητα σχετίζεται άμεσα με την σωματική εικόνα. Αρκετοί ασθενείς που φέρουν στομία ανησυχούν για θέματα σεξουαλικής φύσεως. Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν μελέτες που να ασχολούνται με την επίδραση του καρκίνου του λάρυγγα στην σεξουαλικότητα. Η ύπαρξη τραχειοστομίας συνεπάγεται όχι μόνο ψυχολογικές αναστολές αλλά και μηχανικούς λόγους που δυσχεραίνουν την ερωτική επικοινωνία. Ο ασθενής βιώνει καθημερινά ήχους, εκκρίσεις και δυσωδία, που προέρχονται από την στομία, καταστάσεις που επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική και ερωτική του συμπεριφορά. Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχολογικές και ιδιοσυγκρασιακές διαστάσεις. Η σεξουαλικότητα ορίζεται από τον κάθε ασθενή και το σύντροφό του από ένα σύνολο ποικίλων παραγόντων. Ειδικά έντυπα και ενημέρωση από ειδικούς μπορεί να βοηθήσουν στο να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα.

Αρκετοί τύποι καρκίνου και αντικαρκινικές θεραπείες συνδέονται με σεξουαλικές διαταραχές. Υπολογίζεται ότι μετά από τη θεραπευτική αντιμετώπιση καρκινοπαθούς το ποσοστό των σεξουαλικών διαταραχών κυμαίνεται από 40% έως 100%. Ίσως είναι σκόπιμο οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μια τέτοια επέμβαση να προσεγγίζονται από ειδικούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, που θα τους ενημερώσουν και θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν σφαιρικά όλα αυτά τα προβλήματα που συνεπάγεται η ύπαρξη τραχειοστομίας. Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη και επιβάλλεται να γίνουν νέες μελέτες που θα ασχολούνται με αυτές τις κλινικές οντότητες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Salter M Altered body image: The nurse's role, 2nd edn. Bailliere Tindall, London 1997
2. Salter M What are the differences in body image between patients with a conventional stoma compared with those who have had a conventional stoma followed by a continent pouch? Journal of advanced nursing 1992;17:841-848
3. Persson E et al. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery . Journal of wound ostomy and continence nursing 2002;29:103-108
4. Ρηγάτος Γ Ψυχοκοινωνική Ογκολογία .public. 2000:229

5. Derogatis LR, Kourlesis SM : An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *Ca Cancer J Clin* 1981;31(1):46-50
6. Black PK Psychological , sexual and cultural issues for patients with a stoma. *Br J Nursing* 2004;13(12):692-697

O 11 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΓΚΟ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ. ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

P 39 Φραγκανδρέα Ι.¹, Ηλιόπουλος Ε.¹, Γιαννοπούλου Α.¹, Δεμέναγας Δ.¹, Κύργιας Γ.¹, Ναχάτ Μ.¹, Σωτηροπούλου Α.¹, Σιαπκαρά Γ.³ και Γιωτάκης Ι.²

1.Β Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"

2.ΩΡΛ Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

3.Οδοντιατρική Σχολή Ε.Κ.Πανεπιστημίου Αθηνών

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των όγκων κεφαλής-τραχήλου με τη συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία, μετά από βιοψία ή χειρουργική εξαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, συνοδεύεται από σοβαρές και επώδυνες παρενέργειες (καντιντίαση, οξεία βλεννογονίτιδα, αιμορραγίες, ουλορραγίες, ξηροστομία) οι οποίες οφείλονται σε πρώιμες και όψιμες αντιδράσεις κυρίως του βλεννογόνου του στόματος και των σιαλογόνων αδένων.

Η ενημέρωση του ασθενούς από την αρχική διάγνωση και καθ ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, θα βοηθήσει ουσιαστικά στην καλύτερη αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών. Η ενημέρωση είναι ιδιαίτερα σημαντική, δεν πρέπει να παρακάμπτεται και είναι απαραίτητο να γίνει με τη συνεργασία οδοντιάτρου-στοματολόγου. Η αξιολόγηση του στόματος από τους ειδικούς πριν την έναρξη της αντι-νεοπλασματικής αγωγής, αλλά και η εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων οδοντιατρικής αγωγής υγείας, θα συμβάλλει στη μείωση των παρενεργειών και την καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Μέσα από την κλινική πράξη, συμπεραίνεται ότι η συμβολή του οδοντιάτρου - στοματολόγου στην ενημέρωση και φροντίδα των ιδιαίτερων αυτών ασθενών αλλά και στην παρακολούθηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων τους είναι ουσιαστική και βοηθάει στην πρόληψη και στη μείωση των επιπλοκών αυτών.

O 12 Η ΑΝΟΣΟΚΥΤΤΑΡΟΧΗΜΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ EGFR ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΠΟ ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ

Μπόγλου Κ., Βαλερή Ρ.Μ., Πατρικίδου Α., Κοντός Κ., Βαχτσεβάνος Κ., Δεστούνη Χ.

Κυτταρολογικό Εργαστήριο , Γναθοχειρουργική Κλινική, Θεαγένειο Καρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Ο EGFR είναι μία διαμεμβρανική γλυκοπρωτεΐνη Μ.Β. 170KD, η οποία ανευρίσκεται σε ένα μεγάλο αριθμό επιθηλιακών κυτάρων. Έχει ογκογεννητικές ιδιότητες που σχετίζονται με τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την απόπτωση και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπερέκφρασή του παρατηρείται σε ένα σημαντικό ποσοστό καρκινωμάτων από πλακώδες επιθήλιο κεφαλής και τραχήλου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνήσουμε την ανοσοέκφραση του EGFR σε κυτταρολογικό υλικό από πλακώδη καρκινώματα άνω και κάτω χείλους .

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 30 κυτταρολογικά επιχρίσματα πλακωδών καρκινωμάτων (10 επιχρίσματα άνω χείλους και 20 επιχρίσματα κάτω χείλους) η λήψη των οποίων πραγματοποιήθηκε με ψήκτρα .Το υλικό το επεξεργαστήκαμε τόσο με τη συμβατική, όσο και με την Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (ThinPrep = αυτοματοποιημένη μέθοδος επεξεργασίας και επίστρωσης σε μονοεπίπεδη στιβάδα) και ακολούθησε ανοσοκυτταροχημική ανίχνευση του EGFR με ειδικό μονοκλωνικό αντίσωμα (κλώνος EGFR,IgG2b, Novocastra).

Αποτελέσματα: Από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι ο EGFR εκφράστηκε σε ποσοστό 80% των πλακωδών καρκινωμάτων άνω και κάτω χείλους .

Συμπεράσματα: 1. Η ανοσοκυτταροχημική έκφραση του EGFR είναι εφικτή τόσο σε συμβατικά επιχρίσματα όσο και σε επιχρίσματα ThinPrep. 2.Ο EGFR υπερέκφράζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό πλακωδών κυττάρων άνω και κάτω χείλους. 3.Η υπερέκφραση του EGFR θα μπορούσε ενδεχομένως να συμβάλλει σε μια υποομάδα ασθενών ως επιπλέον παράμετρος στοχοθεραπείας.

Ο 13 ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ: ΤΡΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Μποζιάρη Π, Παπαδοπούλου Ε, Ξανθινάκη Α, Σωτηροπούλου-Λόντου Αναστ, Κουλουλίας Β, Κούβαρης Ι, Πισσάκας Γ, Κυπριανού Κ, Νικολάτου-Γαλιτή Ο.

Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα Νοσοκομείων "Αγ.Σάββας", "Αττικόν", "Αρεταίειο", "Αλεξάνδρας", "Euromedica"

Εισαγωγή: Κατά την ακτινοθεραπεία ασθενών με κακοήθεια κεφαλής-τραχήλου εμφανίζονται οξείες επιπλοκές στο στόμα που επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα της ζωής του καρκινοπαθούς, αλλά και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των οξέων επιπλοκών του στόματος σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία κατά τη διάρκεια των τριών χρόνων λειτουργίας της Μονάδας (2004-2007).

Ασθενείς-Μέθοδος: Στη Μονάδα προσήλθαν 359 ογκολογικοί ασθενείς. Από αυτούς οι 197 υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση κακοήθους όγκου κεφαλής-τραχήλου. Οι 122 από τους 197 ασθενείς παρακολούθησαν πλήρως, ενώ σύγχρονη χημειοθεραπεία ελάμβαναν οι 39/122 (32%) Σε αυτούς αξιολογήθηκαν οι επιπλοκές από την έναρξη μέχρι το πέρας της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Η συνολική δόση ακτινοβολίας που έλαβαν οι ασθενείς κυμάνθηκε από 30 έως 70,2 Gy. Το 51% των ασθενών έπασχαν από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος/στοματοφάρυγγα. Το 56% των ασθενών εμφάνισε βαριά βλεννογονίτιδα (βαθμού III, IV), ενώ αντιερπητική και αντικαντινιασική αγωγή χορηγήθηκε στο 70% και 59% αντίστοιχα. Στο πέρας της ακτινοθεραπείας το ποσοστό των ασθενών με βαριά βλεννογονίτιδα ελαττώθηκε στο 28%, ενώ ο βαθμός ξηροστομίας και πόνου επίσης μειώθηκαν. Οκτώ ασθενείς (6,6%) διέκοψαν τη θεραπεία λόγω βαριάς βλεννογονίτιδας και 5 ασθενείς (4,1%) εξαιτίας άλλων επιπλοκών.

Συμπέρασμα: Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς εμφάνιζαν βλεννογονίτιδα, πόνο, λοιμώξεις και άλλες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας/χημειοακτινοθεραπείας καρκίνου κεφαλής-τραχήλου, όπως και στη διεθνή βιβλιογραφία. Η αντιμετώπιση των ασθενών στη Μονάδα συνέβαλε στη μείωση της βαρύτητας και της επίπτωσης των επιπλοκών. Η συμμετοχή του οδοντιάτρου ως μέλος της ογκολογικής ομάδας κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας είναι σημαντική και απαραίτητη.

Ο 14 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΡΟΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Α. Ξανθινάκη¹, Ο. Νικολάτου-Γαλιτή¹, Π. Αθανασιάδου², Μ. Γονίδη³, Β. Κουλουλίας⁴, Α. Σωτηροπούλου-Λόντου⁵, Γ. Πισσάκας⁶, Κ. Κυπριανού⁷, Ι. Κούβαρης⁸, Ε. Πατσούρης²

Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,¹ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,² Κυτταρολογικό και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,³ Ακτινοθεραπευτικά Τμήματα Νοσοκομείων "Αττικόν",⁴ "Αγ. Σάββας",⁵ Αλεξάνδρας⁶ "Euromedica-Αθήναιον",⁷ "Αρεταίειον"⁸

Εισαγωγή: Η βλεννογονίτιδα της στοματικής κοιλότητας είναι μία φλεγμονώδους τύπου αντίδραση του στοματικού βλεννογόνου η οποία αποτελεί συχνή επιπλοκή της ακτινοθεραπείας κακοήθων όγκων της κεφαλής και του τραχήλου. Βιβλιογραφικά δεδομένα συσχετίζουν τη βλεννογονίτιδα με μία σειρά γεγονότων στα οποία οι προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των προφλεγμονωδών κυτταροκινών TNF και IL-1β σε σχέση με το βαθμό βλεννογονίτιδας σε ασθενείς με κακοήθεις όγκους της κεφαλής και του τραχήλου που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία με ή χωρίς σύγχρονη ΧΜΘ.

Ασθενείς και μέθοδοι: Στη μελέτη περιελήφθησαν 35 ασθενείς. Αξιολογήθηκε ο βαθμός βλεννογονίτιδας σύμφωνα με τα EORTC/RTOG κριτήρια και ελήφθησαν κυτταρολογικά επιχρίσματα από τη στοματική κοιλότητα. Εφαρμόστηκαν ανοσοκυτταροχημικές τεχνικές με τη χρήση των μονοκλωνικών αντισωμάτων TNF και IL-1β.

Αποτελέσματα: Θετική έκφραση του TNF ανιχνεύτηκε σε 9 από τα 14 δείγματα των ασθενών με βλεννογονίτιδα βαθμού 0, πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας (64%) και σε 6 από τους 7 ασθενείς με βλεννογονίτιδα βαθμού III μετά την έναρξη της ακτινοθεραπείας (86%). Ασθενής έως μέτρια έκφραση της IL-1β ανιχνεύτηκε σε 7 από τους 14 ασθενείς με βλεννογονίτιδα βαθμού 0 προ της έναρξης της ακτινοθεραπείας (50%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 86% για τους ασθενείς με βλεννογονίτιδα βαθμού III μετά την έναρξη της

ακτινοθεραπείας. Σε δείγματα που ελήφθησαν από ασθενείς με αύξηση του βαθμού βλεννογονίτιδας μεταξύ δύο διαδοχικών συνεδριών, διαπιστώθηκε αύξηση της έκφρασης του TNF και της IL-1β.

Συμπεράσματα: Παρατηρήθηκε ότι η αύξηση της έκφρασης των προφλεγμονωδών κυτταροκινών οδευεί παράλληλα με την αύξηση του βαθμού βλεννογονίτιδας στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία για κακοήθεις όγκους κεφαλής και τραχήλου.

**O 15 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ
P 41 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΑΖΩΤΟΥΧΑ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.**

Κατσουράκης Μιχάλης¹, Σερρέτη Μαρία¹, Λαμπροδήμου Γεωργία², Παπαδούλης Νικόλαος³, Αγά- Κουμπίτσκα Ειρήνη¹

ΓΝ Λάρισας, Οδοντιατρικό Τμήμα¹, Ογκολογική Κλινική², Τμήμα Αιμοδοσίας³

Εισαγωγή: Είναι διεθνώς αποδεκτό, ότι οι εξαγωγές δοντιών είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση οστεονέκρωσης των γνάθων (ΟΝΓ) σε ογκολογικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ενδοφλέβια διφωσφονικά για την πρόληψη και την θεραπεία οστικών μεταστάσεων. Γι' αυτό οι οδηγίες όλων των επιστημονικών εταιριών αναφέρουν ότι δεν πρέπει να γίνονται εξαγωγές δοντιών, ούτε άλλες χειρουργικές παρεμβάσεις στα οστά των γνάθων σε τέτοιους ασθενείς. Υπάρχουν όμως μερικές περιπτώσεις που η εξαγωγή ενός δοντιού είναι αναπόφευκτη.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναδειχθούν οι προϋποθέσεις και οι συνθήκες υπό τις οποίες μπορούν να γίνουν εξαγωγές δοντιών σε ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά.

Υλικό και Μέθοδος: Σε 4 ασθενείς που παραπέμφθηκαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα του ΓΝΛ, και ελάμβαναν ενδοφλέβια δι-φωσφονικά, κρίθηκε αναπόφευκτη η εξαγωγή δοντιών. Οι 2 ασθενείς, με πολλαπλούς μυέλωμα, εμφάνιζαν έντονη κινητικότητα των κάτω τομέων και περιοδοντική φλεγμονή, ο τρίτος ασθενής, με Ca προστάτη- μετα οστών, εμφάνιζε εκτεταμένες περιακρορριζικές αλλοιώσεις και κατάγματα μύλης 2 ενδοδοντι-κά θεραπευμένων δοντιών και επιθυμούσε διακαώς την εξαγωγή των δοντιών και προσθετική αποκατάσταση. Ο 4ος ασθενής, με Ca προστάτη- μετα οστών, με οστεονέκρωση στην άνω γνάθο αριστερά εμφάνισε φλέγμονα παρειάς δεξιά από τον άνω δεξιά κυνόδοντα. Όλοι οι ασθενείς μετά από γραπτή συγκατάθεση, για τους κινδύνους εμφάνισης ΟΝΓ, υπό διπλή ενδο-φλέβια αντιβίωση, υπεβλήθησαν σε χειρουργικές εξαγωγές σε άσηπτες συνθήκες και επούλωση κατά πρώτο σκοπό. Μετά το χειρουργείο οι ασθενείς συνέχισαν διπλή από το στόμα αντιβίωση για 2 εβδομάδες, πλύσεις με διάλυμα 0,2% χλωρεξιδίνης και σχολαστική στοματική υγιεινή. Η άμεση μετεγχειρητική πορεία ήταν σε όλους ήταν καλή.

Συμπερασματικά σε αυτούς τους ασθενείς μπορούν να γίνουν εξαγωγές, μόνον όταν δεν υπάρχει εναλλακτική ασφαλή συντηρητική μέθοδος, σε νοσοκομειακό περιβάλλον με την τήρηση αυστηρού πρωτοκόλλου. Λόγω της επιβαρυσμένης γενικής υγείας των ασθενών αυτών, δεν είναι πάντοτε εφικτή η συνεχής παρακολούθηση της επούλωσης και η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, απαιτείται δε περαιτέρω διερεύνηση.

**O 16 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ
P 30 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ**

Παπαδοπούλου Ερ.¹, Μποζιάρη Π.¹, Ξανθινάκη Α.¹, Νικολάτου-Γαλίτη Ο.¹, Κυρτσώνη Χρ.², Ρεπούσης Π.³, Κοκκίνη Γ.⁴

Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς¹

Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Νοσοκομεία "Λαϊκό"², "Μεταξά"³, "Σισμανόγλειο"⁴

Εισαγωγή: Η οστεονέκρωση των γνάθων αποτελεί σοβαρή επιπλοκή των διφωσφονικών κυρίως μετά από εξαγωγή δοντιού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των ογκολογικών ασθενών που λαμβάνουν διφωσφονικά και προσήλθαν για αξιολόγηση στα πλαίσια σχετικών πρωτοκόλλων πρόληψης και αντιμετώπισης της οστεονέκρωσης των γνάθων.

Ασθενείς-Μέθοδος: Εξετάστηκαν 114 ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα 2004-2007 και οι οποίοι ελάμβαναν ή επρόκειτο να λάβουν διφωσφονικά. Καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, η νόσος, το είδος, η διάρκεια χορήγησης του διφωσφονικού, η εμφάνιση οστεονέκρωσης, η εντόπιση και η κλινική της εικόνα. Πραγματοποιήθηκε κλινική και ακτινογραφική εξέταση, ενημέρωση του ασθενούς, καθώς και χορήγηση της κατάλληλης αγωγής, όπου κρίθηκε απαραίτητο.

Αποτελέσματα: Από τους 114 ασθενείς, οι 43 εμφάνιζαν οστεονέκρωση με ανάλογη συχνότητα σε άνω και κάτω

γνάθο (49% vs 51%). Οι περισσότεροι έπασχαν από πολλαπλό μελέωμα (53,5%) και ελάμβαναν Zometa (65,1%). Στο 86,1% η νέκρωση συσχετίστηκε με εξαγωγή δοντιού. Με την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν σταθεροποίηση της βλάβης. Από τους 70 ασθενείς που προσήλθαν προληπτικά, 8 παραπέμφθηκαν πριν τη λήψη διφωσφονικού. Κατά την επανεξέταση, μόνο σε μία περίπτωση υπήρξε ανάπτυξη οστεονέκρωσης κατόπιν εξαγωγής που πραγματοποιήθηκε παρά την ενημέρωση που είχε γίνει στην ασθενή.

Συμπέρασμα: Η ενημέρωση των οδοντιάτρων σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά καθώς και η συνεργασία με τους ογκολόγους μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη της επιπλοκής.

O 17 ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

P 31 Νικόλαος Γ. Τζωρτζάκης, Φοίβος Μαδιανός, Σταυρούλα Μασουρίδη, Γ.Α. Πάγκαλης

Εργαστήριο Περιοδοντολογίας και Μονάδα ογκολογικού ασθενούς Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Α Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ

Το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο μπορεί να θεωρηθεί ως δυσλειτουργία των κυττάρων της αιμοποιητικής σειράς που χαρακτηρίζεται από μειωμένη συγκέντρωση ενός ή περισσότερων κυτταρικών σειρών του περιφερικού αίματος. Οι στοματικές εκδηλώσεις της νόσου και τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου (φαρμακευτική αγωγή) μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συστηματική κατάσταση του ασθενούς. Η αντιμετώπιση και η απομάκρυνση των κλινικών εκδηλώσεων που οφείλονται σε αυξημένο μικροβιακό φορτίο, π.χ. προκεχωρημένη περιοδοντική νόσος, ή δοντιών που βρίσκονται σε καταληκτικό στάδιο είναι δύσκολη λόγω του φόβου αυξημένης αιμορραγίας και συστηματικής λοίμωξης.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού ασθενούς με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και γενικευμένη, προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα βραδείας εξέλιξης. Στόχος είναι η ανάλυση των κλινικών εκδηλώσεων και συμπτωμάτων του συνδρόμου στο στόμα, και η παρουσίαση του σχεδιασμού της περιοδοντικής θεραπείας και του αποτελέσματος αυτής.

Το κλινικό περιστατικό αφορά ασθενή με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο υποπλαστικού τύπου με θρομβοπενία, λήψη κυκλοσπορίνης, περιοδοντίτιδα, αυτόματη αιμορραγία και γενικευμένη αύξηση του όγκου των ούλων. Στην ασθενή αυτή έγινε περιοδοντική θεραπεία, η οποία περιελάμβανε φάση ελέγχου φλεγμονής, με σκοπό τη μείωση της φλεγμονής και του όγκου των ούλων.

Το αποτέλεσμα της είναι η σημαντική μείωση της φλεγμονής και του όγκου των ούλων και η βελτίωση της λειτουργικής και μασητικής ικανότητας της ασθενούς.

Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε πως οι ασθενείς με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο μπορούν να υποβληθούν σε περιοδοντική θεραπεία μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό και πως η περιοδοντική θεραπεία βοηθάει στην αντιμετώπιση των στοματικών εκδηλώσεων του συνδρόμου, τη μείωση της αιμορραγίας και την αποφυγή πιθανών συστηματικών λοιμώξεων.

O 18 ΜΠΟΡΕΙ Η ΔΙΑΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (IMRT) ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗΝ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΝΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;

P 38 Χ.Ν. Χριστόπουλος, Β.Βασιλείου, Δ. Καρδαμάκης

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίον

Εισαγωγή: Συχνή απώτερη επιπλοκή των ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου είναι η ξηροστομία, που επιβαρύνει σημαντικά την ποιότητα ζωής (αίσθημα στοματικής ξηρότητας, δυσχερής μάσηση και κατάποση, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, κακή θρέψη).

Σκοπός: Να διερευνηθεί με βάση τα δεδομένα της ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις (Evidence Based Medicine) η πιθανή υπεροχή της τεχνικής IMRT έναντι της κλασσικής σύμμορφης ακτινοθεραπείας στην ελάττωση της ξηροστομίας.

Υλικό και Μέθοδος: Ανατρέξαμε στη τράπεζα δεδομένων Pubmed χρησιμοποιώντας ως λέξεις-κλειδιά "IMRT, xerostomia, Phase II studies".

Αποτελέσματα: Οι κλινικές μελέτες φάσης II έδειξαν υπεροχή (ως προς τα ποσοστά σιελικής ροής) της τεχνικής IMRT, λόγω του ότι ο αδένας λαμβάνει σημαντικά χαμηλότερη δόση έναντι της κλασσικής ακτινοθεραπείας. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκε ανάλογη βελτίωση των συμπτωμάτων της ξηροστομίας, γεγονός που εξηγείται τόσο με την μη ικανοποιητική συσχέτιση των μετρούμενων παραμέτρων σιελικής ροής και ξηροστομίας, αλλά και με την "ενδογενή" ανεπάρκεια των ερωτηματολογίων (RTOG/EORTC) να καταγράψουν το συγκεκριμένο σύμπτωμα. Φαίνεται ότι η ξηροστομία υποεκτιμάται από τους ερευνητές σε σχέση με τους ασθενείς. Καθώς η ξηροστομία

είναι κυρίως ζήτημα ποιότητας ζωής τα αναφερόμενα αποτελέσματα από κλίμακες αξιολόγησης που προκύπτουν από τις απαντήσεις των ασθενών θεωρούνται πιο αξιόπιστα από εκείνα των ερευνητών. Η διαφορά που προκύπτει ωστόσο δεν εξηγείται μόνο από τα παραπάνω, αλλά και λόγω τη διαφορετική σύσταση της παρωτιδικής σιέλου που περιέχει λίγες μουκίνες σε σχέση με τους υπόλοιπους σιελογόνους αδένες οι οποίοι αν και παράγουν λιγότερο του 10% της συνολικής ποσότητας σιέλου, εν τούτοις συνεισφέρουν περισσότερο στην παραγωγή μουκινών. Η σημασία τους υπογραμμίζεται και από το γεγονός ότι η χειρουργική μεταφορά των υπογνάθιων λεμφαδένων στον υπογενίδιο χώρο προλαμβάνει την ξηροστομία μετά από ακτινοθεραπεία.

Συμπεράσματα: Η μερική διαφύλαξη των παρωτιδών χάρη στην τεχνική IMRT, διατηρεί σημαντικά ποσοστά σιελικής ροής, αλλά επιφέρει μικρή βελτίωση στην ξηροστομία που αναφέρεται από του ασθενείς. Ανοικτό παραμένει το θέμα της διατήρησης των σιελογόνων αδένων που παράγουν μουκίνες.

O 19 H ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ Ρ 35 ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ - ΤΡΑΧΗΛΟΥ.

Δαμάσκος Σπ., Δοντά Α., Τσιχλάκης Κ., Νικολάτου-Γαλίτη Ουρ.

Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος

Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς

Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Αθήνας

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί συχνά απαραίτητη θεραπευτική προσέγγιση σε άτομα με κακοήθεις βλάβες κεφαλής-τραχήλου.

Ο οδοντίατρος περιθάλπει τους ασθενείς αυτούς προκειμένου να αξιολογήσει και να σταθεροποιήσει τη στοματική τους κατάσταση, προλαμβάνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις επιπλοκές της ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα.

Τα τελευταία χρόνια όμως οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει ότι η ακτινοθεραπεία σχετίζεται με έναν επιταχυνόμενο τύπο αθηρωμάτωσης στο αυχενικό τμήμα της καρωτιδικής αρτηρίας, με συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης εγκεφαλικών επεισοδίων.

Η πανοραμική ακτινογραφία είναι δυνατόν να συμβάλει στην αποκάλυψη των αθηρωματικών πλακών, δίνοντας τη δυνατότητα στον οδοντίατρο να παραπέμψει έγκαιρα τον ασθενή για περαιτέρω διερεύνηση, κυρίως υπερηχοτομογραφία της τραχηλικής περιοχής.

Σκοπός. Η παρουσίαση αυτή έχει σκοπό : α) την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την αξιολόγηση ευρημάτων σε πανοραμικές ακτινογραφίες ασθενών που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου. β) την παρουσίαση ερευνητικού πρωτοκόλλου που αφορά ακτινοθεραπευόμενους ασθενείς που προσέρχονται στην Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς της Οδον/κής Σχολής ΕΚΠΑ, για οδοντιατρική φροντίδα.

Υλικό και Μεθοδολογία. Στους ογκολογικούς ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου λαμβάνεται λεπτομερές ιατρικό και οδοντ/κο ιστορικό, πραγματοποιείται κλινική εξέταση και στη συνέχεια γίνεται λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας με σκοπό την συμπληρωματική αξιολόγηση της οδοντοστοματολογικής του κατάστασης. Οι ασθενείς που ανιχνεύονται με θετικά ευρήματα παραπέμπονται για υπερηχοτομογραφική διερεύνηση της τραχηλικής περιοχής. Οι ασθενείς θα επαναξιολογούνται τουλάχιστον ένα χρόνο μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας.

Προοπτικές. Οι ογκολογικοί ασθενείς που δέχονται ακτινοθεραπεία κεφαλής-τραχήλου ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν αθηρωματικές αλλοιώσεις στο καρωτιδικό σύστημα. Η πανοραμική ακτινογραφία ρουτίνας συμβάλει στην απεικόνιση και αξιολόγηση της αθηρωμάτωσης αυτής.

O 20 SYNCHRONOUS OCCURRENCE OF ASPERGILLOSIS AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE MAXILLARY SINUS

Beck-Mannagetta J.*, Willinger B.***, Gareis M.***

* *Clinic of Maxillofacial Surgery/SALK- PMU, A-5020 Salzburg*

** *Inst. of Clinical Microbiology/AKH, A-1090 Wien, Austria*

*** *Inst. of Microbiology and Toxicology/BAFF, D-95326 Kulmbach*

Background and aim: Synchronous occurrence of aspergillosis and squamous cell carcinoma of the maxillary sinus has only rarely been reported. Therefore we want to demonstrate this event in five of these patients.

Patients and method: Among 104 patients with colonizing aspergillosis of the antrum (diagnosed by histopathol-

ogy) there were 5 patients (3 male, 2 female) that were diagnosed at the same time with squamous cell cancer in the same location. No lymphadenopathy was observed (T4 N0). All patients were operated by maxillectomy and received postop. radiotherapy.

Results: Patient age ranged from 51 to 71 years (mean 60 yrs.). No recurrence of aspergillosis was noted during the observation period of 0.5 to 9.5 years (mean 4 yrs.). Two patients died after 5, resp. 20 months due to metastasizing secondary malignancies (pancreatic/bronchial cancer).- Histopathology revealed the typical hyphae of aspergillus lying close to the cancer but not invading it.- *A. fumigatus*, found in one female patient, yielded a high amount of gliotoxin.

Discussion and conclusion: At his stage it is not possible to establish a causal relationship between the two lesions. Gliotoxin is an immunosuppressant but not a carcinogenic mycotoxin. Other local or environmental factors have to be considered as well.

In our opinion the most likely explanation is that necrotic parts of the carcinoma become colonized by fungal spores inhaled via the nose.

O 21 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ) ΑΠΟ ΜΗ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΟΤΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Παΐσιου Άννα, Περιστερή Ιουλία, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλός Γεώργιος, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Η αλλογενής ΜΑΚ αποτελεί ένα σύγχρονο αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση νεοπλασματικών και γενετικών αιματολογικών νοσημάτων στα παιδιά. Η δυνατότητα ανεύρεσης συμβατού αδερφού δότη δεν ξεπερνά το 30% και η χρησιμοποίηση εναλλακτικών δωτών από τις Διεθνείς Δεξαμενές δίδει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Σκοπός: Εκτιμήθηκε η εμπειρία της Μονάδος μας σε αλλογενή ΜΑΚ από ξένους δότες σε παιδιά με κακοήγη αιματολογικά και μη νοσήματα.

Υλικό - Μέθοδοι: Από τον 2/1998 έως 2/2007, 42 ασθενείς (18 κορίτσια), διάμεσης ηλικίας 7 έτη (εύρος 0,6-15), με ΟΜΛ 20 ασθενείς, (CR1:9,CR2:8,CR3:2 και ανθεκτική 2),ΟΜΛ 8 (CR1 5), MDS 4, αναιμία FANCONI 1 και γενετικά αιματολογικά νοσήματα 8. Τα μοσχεύματα ήταν: μυελικά 23, αιματικά 12 και ομφαλοπλακουντιακά 7. Οι 28 ασθενείς έλαβαν απόλυτα συμβατό μόσχευμα (10/10Ag). Το πρωτόκολλο προετοιμασίας περιλάμβανε χημειοθεραπεία +/- ολόσωμη ακτινοβολία. Για προφύλαξη νόσου μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD) δόθηκε κυκλοσπορίνη/αντιλεμφοκυτταρικός ορός +/-μεθοτρεξάτη.

Αποτελέσματα: Πλήρη εγκατάσταση μοσχεύματος παρατηρήθηκε σε 39 ασθενείς. Εννέα (9) υποβλήθηκαν σε 2η μεταμόσχευση. Οξεία και χρόνια (GVHD) εμφάνισαν 20 και 5 αντίστοιχα. Σοβαρές επιπλοκές ήταν: σηψαιμία (5), VOD (4), πνευμονοπάθεια (3) και CMV λοίμωξη (3). Απεβίωσαν 25 (υποτροπή 9,τοξικότητα ΜΑΚ 16) και επιβιώνουν 19 ασθενείς (14 νεοπλασίες και 5 μεσογειακά σύνδρομα).Με διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 30 μήνες (εύρος 2 -108), η συνολική επιβίωση (OS) ήταν 45%. Από τους ζώντες οι 17 μεταμοσχεύτηκαν μετά το 2001.

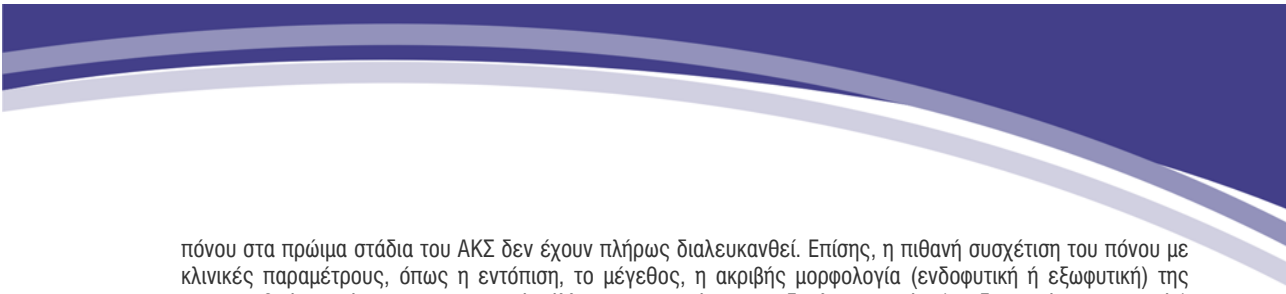
Συμπεράσματα: Η χρησιμοποίηση ξένων δωτών δίδει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα ανάλογα αυτών από συγγενείς δότες. Την τελευταία πενταετία η ακριβέστερη ταυτοποίηση των δωτών και η βελτίωση των προπαρασκευαστικών πρωτοκόλλων καλυτέρευσε εντυπωσιακά την συνολική επιβίωση.

O 22 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Σαρλάνη Ε., Νικητάκης Ν., Καμπέρος Γ.

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος (ΑΚΣ) αποτελεί μία σχετικά συχνή μορφή καρκίνου αντιστοιχώντας περίπου στο 90% όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων αυτής της ανατομικής περιοχής. Έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας και τη βελτιστοποίηση της πρόγνωσης. Δυστυχώς, η πλειοψηφία των ασθενών συχνά διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια της νόσου τα οποία συσχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση. Ανάμεσα σε άλλους λόγους, η καθυστέρηση στη διάγνωση του ΑΚΣ συχνά αποδίδεται στην απουσία συμπτωμάτων πόνου στα πρώιμα στάδια της νόσου που θα μπορούσαν να οδηγήσουν τον ασθενή εγκαίρως στον οδοντίατρο. Εντούτοις, η ακριβής συχνότητα, η ένταση και τα χαρακτηριστικά του



πόνου στα πρώιμα στάδια του ΑΚΣ δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Επίσης, η πιθανή συσχέτιση του πόνου με κλινικές παραμέτρους, όπως η εντόπιση, το μέγεθος, η ακριβής μορφολογία (ενδοφυτική ή εξωφυτική) της πρωτοπαθούς εστίας, και η παρουσία άλλων συμπτωμάτων και δυσλειτουργιών (πχ δυσφαγία και τρισμός) χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Παρομοίως, ιστοπαθολογικές παράμετροι, όπως ο βαθμός διαφοροποίησης, η διήθηση αγγείων, μυϊκών ινών ή νεύρων, η νευροβρίθεια των προσβεβλημένων ιστών, η παρουσία και ένταση της φλεμονώδους διήθησης θα μπορούσαν να συσχετίζονται με τη συχνότητα και την ένταση του πόνου και εν μέρει να εξηγούν την εμφάνιση ή την απουσία του. Ο ρόλος πιθανών επιμολύνσεων αξίζει επίσης να μελετηθεί. Επιπλέον, η αξιολόγηση και καταγραφή του πόνου κατά την αρχική διάγνωση ίσως να προσφέρει πληροφορίες προγνωστικής αξίας για την πορεία της νόσου αλλά και για την εξέλιξη και καταλληλότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
POSTER PRESENTATIONS

P 01 ΓΛΩΣΣΟΔΥΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΑΣΗΣΗΣ [μια σπάνια περίπτωση]

Φ. Νικολοπούλου, Ε. Τζωρτζοπούλου, Π. Κτενά-Αγαπητού, Ε. Αγαπητός
Εργαστήρια Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών *
Παθολογικής Ανατομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. **

Σκοπός, της παρούσας εργασίας είναι να αναφερθούμε σε ένα σπάνιο περιστατικό Γλωσσοδυναίας κατά την διάρκεια της μάσησης.

Παρουσίαση Περιστατικού. Ασθενής 55 ετών που φορούσε ολικές οδοντοστοιχίες

Προσήλθε στο ιδιωτικό μας ιατρείο για την κατασκευή νέων ολικών οδοντοστοιχιών, διότι είχε προβλήματα κατά την διάρκεια της μάσησης. Κατασκευάστηκαν καινούργιες οδοντοστοιχίες. Συγκεκριμένα στην κάτω οδοντοστοιχία τοποθετήσαμε οπίσθια δόντια με μικρή παρειογλωσσική διάμετρο και ευρύ χώρο για την γλώσσα. Ο ασθενής μετά την τοποθέτηση των ΟΟ μας ανέφερε ότι ο πόνος στη γλώσσα κατά την διάρκεια της μάσησης ήταν της ίδιας έντασης και εκλύετο όταν πρόβαλε την γλώσσα του έξω από το στόμα.

Διαπιστώσαμε ότι ο πόνος στην γλώσσα κατά την μάσηση δεν οφειλετο σε προβλήματα από τις κινητές προσθετικές εργασίες, αλλά σε πτωχή ροή αίματος μέσω της γλωσσικής αρτηρίας. Ο ασθενής εστάλη για πλήρη εργαστηριακό έλεγχο.

Από τις αιματολογικές εξετάσεις: Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων ήταν αρκετά αυξημένη, 90mm την πρώτη ώρα.

Η διαφορική διάγνωση έγινε από την: 1] Γιγαντοκυταρική αρτηρίτιδα 2] Αρτιοσκλήρυνση 3] Εμβολή της γλωσσικής αρτηρίας.

Ο ασθενής διεγνώσθη ότι πάσχει από γιγαντοκυταρική αρτηρίτιδα και θα πρέπει να λαμβάνει μεγάλες δόσεις κορτικοειδών ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος τύφλωσης.

P 02 Η ΑΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κυργίδης Α.¹, Κολούτσος Γ.¹, Κοντός Κ.¹, Κεχαγιάς Ν.², Ντομουχτσής Α.¹, Αντωνιάδης Κ.²

¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" Θεσσαλονίκης

² Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"

Εισαγωγή: Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας και συχνά η κατάσταση υγείας τους είναι επιβαρημένη και από άλλα συστηματικά νοσήματα. Η επιλογή του τρόπου αντιμετώπισης, που πολλές φορές ισοδυναμεί με επιλογή μεταξύ αιτιολογικής και συμπτωματικής θεραπείας βαρύνει κύρια τον χειρουργό - μέλος του ογκολογικού συμβουλίου.

Σκοπός: Ανάδειξη του προβλήματος, συζήτηση των πιθανών κινδύνων και των στοιχείων του ασθενούς που οφείλει να σταθμίσει ο θεράπων ιατρός.

Υλικό-Μέθοδος: Ως "υψηλού κινδύνου" χαρακτηρίζονται ογκολογικοί ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σοβαρή νόσο του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού ή του ουροποιητικού. Κατά τα 13 έτη λειτουργίας του τμήματός μας περισσότεροι από 250 ασθενείς, που χαρακτηρίστηκαν από το αναισθησιολογικό τμήμα ως υψηλού κινδύνου, αντιμετωπίστηκαν ύστερα από απόφαση ογκολογικού συμβουλίου. Έγινε αναδρομή στους ιατρικούς φακέλους των ασθενών και καταγράφηκαν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Πέντε ασθενείς κατέληξαν μεταξύ της 1ης και της 26ης μετεγχειρητικής ημέρας νοσηλείας. Σε 38 ασθενείς παρουσιάστηκαν μείζονες ή ελάσσονες επιπλοκές που είχαν ως αποτέλεσμα την παράταση του χρόνου νοσηλείας.

Συζήτηση: Η ευθύνη του χειρουργού στην αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών "υψηλού κινδύνου" είναι μεγάλη. Η ενημέρωση του περιβάλλοντος του ασθενούς από αυτόν είναι σημαντική και ουσιαστικά είναι αυτός που καθορίζει το προσδόκιμο και την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.

P 03 ΝΑΡΩΗΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ι. Αρτοπούλου, Β. Χρονόπουλος

Εργαστήριο Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή-Σκοπός: Η χορήγηση ακτινοβολίας (ΧRT) για τη θεραπεία όγκων της κεφαλής και του τραχήλου απαιτεί λεπτομερές και αναλυτικό σχέδιο θεραπείας εξαιτίας των ιδιαίτερα ευαίσθητων ανατομικών δομών της περιοχής καθώς και την πιθανότητα ύπαρξης μεταστατικής νόσου μέσα στον προγραμματισμένη θεραπευτική μάζα (treat-

ment volume). Η χορηγούμενη δόση θα πρέπει να επιτυγχάνει ικανοποιητικό έλεγχο της νόσου, ενώ ταυτόχρονα να μειώνει στο ελάχιστο τις επιπλοκές των υγιών ιστών που βρίσκονται μέσα στο πεδίο που πρόκειται να ακτινοβοληθεί. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εφαρμογής των εξατομικευμένων νάρθηκων ακτινοβολίας (radiation stents) οι οποίοι αποτελούν σημαντικό εργαλείο για τον ακτινοθεραπευτή καθώς συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη διεύθυνση της στοματικής κοιλότητας κατά την χορήγηση ακτινοβολίας.

Υλικά & Μέθοδος: Θα παρουσιαστούν κλινικά περιστατικά στα οποία η χρήση του νάρθηκα μείωσε σημαντικά τις αντιδράσεις των υγιών ιστών είτε απομακρύνοντας τους από το πεδίο ακτινοβολίας, είτε προστατεύοντας τους σε περιπτώσεις που βρίσκονται μέσα στη θεραπευτική μάζα.

Αποτελέσματα-Συμπέρασμα: Ασθενείς με πρωτογενείς όγκους της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, του ρινοφάρυγγα, των παραρινίων κόλπων και των μείζονων σιαλογόνων αδένων μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από τη χρήση νάρθηκα κατά τη χορήγηση της ακτινοθεραπείας. Η χρήση του νάρθηκα συντελεί στην επαναλαμβανόμενη τοποθέτηση της κάτω γνάθου κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ παράλληλα περιορίζει σημαντικά τις επιβλαβείς συνέπειες της ακτινοβολίας στους υγιείς ιστούς συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ογκολογικού ασθενούς.

P 04 ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ (ΒΣ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ)

Βασιλική Κυριαζή, Βασιλική Δεληστράτη, Βασιλική Βαρσαμά, Δημήτριος Καρακάσης, Ιωάννης Μπαλταδάκης, Ιωάννης Αποστολίδης, Νικόλαος Χαρχαλάκης, Εμμανουήλ Νικηφοράκης
Αιματολογική-Λεμφωμάτων Κλινική, ΜΜΜΟ, ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Σκοπός: Η ΒΣ είναι συχνή στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αυτόλογη ή αλλογενή ΜΑΚ. Στην μελέτη παρουσιάζεται η εμπειρία μας και επιστημονίζεται ο ρόλος των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Υλικό: Από τον 11/2005-11/2007 υποβλήθηκαν σε ΜΑΚ 114 ασθενείς. Ελαβαν megaθεραπεία +/- ολοσωματική ακτινοβολία (ΤΒΙ). Η προφύλαξη GVHD περιλάμβανε κυκλοσπορίνη ή tacrolimus με μεθοτρεξάτη ή mycophenolate. Όλοι λάμβαναν προφυλακτική αντιμυκητιασική/ αντιϊκή αγωγή και μέτρα τοπικής στοματικής υγιεινής, ενώ προηγήθηκε οδοντιατρική εκτίμηση. Ο βαθμός εκτιμήθηκε με τα κριτήρια Seattle.

Αποτελέσματα: ΒΣ εμφάνισαν 89 (78%), 43 με αυτόλογη και 46 με αλλογενή ΜΑΚ, ενώ από τους 25 ασθενείς χωρίς ΒΣ 20 υποβλήθηκαν σε αυτόλογη και 5 σε αλλογενή ($p < 0.1\%$). Βλεννογονιτίδα βαθμού I παρουσίασαν 27 [αυτόλογη/ αλλογενή = 25/ 2] διάμεσης διάρκειας 4 ημέρες και βαθμού II 62 [αυτόλογη/ αλλογενή = 18/44 ($p < 1\%$)] διάμεσης διάρκειας 8 ημέρες. Οι 28/46 (61%) μεταμοσχεύτηκαν από μη συγγενή δότη, 39/46 (84.7%) έλαβαν μυελοαφανιστικό σχήμα προετοιμασίας (ΣΠ) ($p < 0.1\%$), 15/39 υψηλή δόση ΤΒΙ. Παραλήφθηκε η 4η δόση μεθοτρεξάτης σε 11/35. Έλαβαν οπιοειδή αναλγητικά 61 ασθενείς και παρεντερική διατροφή 7. Κανένας δεν επιπλάκει με τοπική επιλοίμωξη. Τοξικότητα άλλων συστημάτων παρατηρήθηκε στους μισούς και ουδετεροπενικός πυρετός σε 51 (57%).

Συμπεράσματα: Το είδος ΜΑΚ, το ΣΠ και η ανοσοκαταστολή επηρεάζουν τον βαθμό και τη διάρκεια της ΒΣ. Η καλή στοματική υγιεινή, η αντιϊκή/ αντιμυκητιασική χημειοπροφύλαξη συντελούν στην ανεπιπλεκτή αποκατάσταση των στοματικών βλαβών και αποφυγή συστηματικών επιπλοκών.

P 05 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σουλμιώτη Γεωργία (1), Σωτηριάδου Κωνσταντινιά (1), Κύργιας Γεώργιος (2)

(1): Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Π.Γ.Ν. Λάρισας

(2): Β' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι ν' αποδείξει πως η στοματική υγιεινή παίζει καθοριστικό ρόλο στο 'grade' της βλεννογονιτίδας που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με όγκους στην περιοχή κεφαλής, τραχήλου, λάρυγγα, γλώσσα, εδάφους στόματος κλπ).

Έχει αποδειχθεί με διάφορες μελέτες ότι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση και εξάπλωση της βλεννογονιτίδας είναι:

- α) η δόση της ΑΚΘ
- β) η ταυτόχρονη ΧΜΘ
- γ) η ηλικία
- δ) η προηγηθείσα στοματική υγιεινή
- ε) η στοματική υγιεινή κατά τη διάρκεια της ΑΚΘ

Συγκρίναμε τη βλενογονίτιδα που παρουσίασαν 19 ασθενείς μας (Ομάδα Α) ,που πριν την ΑΚΘ είχαν υποβληθεί σε προφυλακτική στοματική υγιεινή με φθορίωση των δοντιών και θεραπεία των τυχών προβλημάτων (εξαγωγές ,σφραγίσματα) ,καθώς και που κατά τη διάρκεια της ΑΚΘ ακολούθησαν αυστηρά πρόγραμμα τακτικού πλυσίματος δοντιών και χρησιμοποίηση διαλύματος με hydrogen peroxide μετά απο κάθε γεύμα ,με 20 ασθενείς μας (Ομάδα Β) ,που δεν συμμορφώθηκαν σε καμία στοματική υγιεινή ούτε πριν ,ούτε κατά τη διάρκεια της ΑΚΘ (Λόγω χαμηλού βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου ,χρόνιοι αλκοολικοί).

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στο ίδιο σχήμα ΑΚΘ + ΧΜΘ.

Φάνηκε καθαρά πως η στοματική υγιεινή πριν και κατά τη διάρκεια της ΑΚΘ μειώνει αρκετά τη σοβαρότητα της βλενογονίτιδας και κρατάει σε ικανοποιητικά επίπεδα την ποιότητα ζωής του ασθενή.

ΒΑΘΜΟΙ ΒΛΕΝΟΓΟΝΙΤΙΔΑΣ	Grade I Ερύθημα χωρίς πόνο	Grade II Πόνος,έλκος χωρίς δυσκολία σίτισης	Grade III Με δυσκολία σίτισης	Grade IV Ανάγκη για i.v. σίτιση
Ομάδα Α	1	13	5	-
Ομάδα Β	-	2	14	4

P 06 ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΠΡΟΣΩΠΟΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ ΣΕ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΜΛ)

Βασιλική Κυριαζή, Ιωάννης Αποστολίδης, Νικόλαος Χαρχαλάκης, Ιωάννης Μπαλταδάκης, Δημήτριος Καρακάσης, Εμμανουήλ Νικηφοράκης.

Αιματολογική -Λεμφωμάτων Κλινική, ΜΜΜΟ, ΓΝΑ "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Οι μικροβιακές λοιμώξεις στην πρωσωποτραχηλική περιοχή αποτελούν ασυνήθη, αλλά σοβαρή επιπλοκή σε ουδετεροπενικούς ασθενείς. Πύλη εισόδου είναι τα δόντια ή τραυματισμοί του στοματικού βλενογόνου.

Περιγράφεται η περίπτωση λοίμωξης δεξιάς προσωποτραχηλικής χώρας σε γυναίκα 22 ετών, μετά από τοπική ακτινοθεραπεία (21Gy) και σχήμα διάσωσης (IDA-FLAG), για εξωμυελική υποτροπή ΟΜ4Λ στην ίδια περιοχή.

Η ασθενής σε φάση απλασίας (ημέρα 21) παρουσίασε μικρή τραυματική βλάβη στον βλενογόνο της δεξιάς παρειάς και εντός εικοσιτετράωρου δυσκαταποσία με υψηλό πυρετό με ρίγος. Παρά την ευρέως φάσματος αντιβιοτική αγωγή στην οποία ετέθη άμεσα, η φλεγμονή παρουσίασε ταχεία επέκταση στην σύστοιχη υπογνάθιο, τραχηλική χώρα με οίδημα σταφυλής και δύσπνοια χωρίς ανταπόκριση στις υψηλές δόσεις υδροκορτιζόνης. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε οίδημα δεξιάς παρειάς, υπογνάθιου χώρας, μάζα μαλακών μοριών στο δεξιό παραφαρυγγικό χώρο και διόγκωση των επιχώριων λεμφαδένων.

Υποστηρίχθηκε με μεταγγίσεις λευκών αιμοσφαιρίων και οδήγηθηκε στο χειρουργείο (ημέρα 24). Απουσία οργανωμένης συλλογής, ετέθησαν 4 σωλήνες παροχέτευσης με εκροή οροαιματηρού υγρού, η καλλιέργεια του οποίου ανέδειξε πολυανθεκτικό *Akinetobacter baumannii*. Η κλινική εικόνα βελτιώθηκε στο επόμενο εικοσιτετράωρο. Την ημέρα 30 παρουσίασε στοματική καντιντίαση, ανταποκριθείσα σε τοπική αντιμυκητιασική αγωγή. Τα απεικονιστικά ευρήματα βελτιώθηκαν την ημέρα 60, ενώ η εκροή υλικού από τις παροχετεύσεις με θετικές καλλιέργειες συνεχίστηκε μέχρι την ημέρα 77.

Η δυσκολία στην εκρίζωση του μικροβίου σε έδαφος ενός ευπαθούς βλενογόνου μετά την εξωμυελική υποτροπή της νόσου και την τοπική ακτινοβολία, ανέστειλε την προγραμματισμένη αλλογενή μεταμόσχευση και η ασθενής κατέληξε εκ της νόσου.

P 07 Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΣΔΙΑΣΤΑΤΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ (ΤΣΤ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ (ΡΝΦ)

Π. Γκόγκου, Χ. Αρμπιλιά, Χ. Αντύπας, Μ. Μπαλαφούτα, Γ. Ζαχαρόγιαννη, Α. Θεοδωρίδου, Ι. Γόγαλης, Ι. Κούβαρης, Λ. Βλάχος

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο

Σκοπός: Να αξιολογήσουμε το όφελος της ΤΣΤ ΑΚΘ με γραμμικό επιταχυντή 6MV σε ασθενείς με καρκίνο του ΡΝΦ.

Ασθενείς και Μέθοδος: 15 ασθενείς με καρκίνο ΡΝΦ μελετήθηκαν αναδρομικά. Στους 10 ασθενείς η δυσδιάστατη τεχνική πραγματοποιήθηκε με δυο αντίθετα πλάγια πεδία και ένα κατώτερο τραχηλικό πεδίο. Στη φάση 1 τα πεδία περιελάμβαναν τον όγκο, τις γειτονικές ανατομικές δομές, και τους επιχώριους λεμφαδένες. Στη φάση 2 τα πεδία περιελάμβαναν τον πρωτοπαθή όγκο και τους γειτονικούς ιστούς. Οι 5 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΑΚΘ με ΤΣΤ για

όλη τη θεραπεία (φάση 1 και φάση 2). Ο τράχηλος ακτινοβλήθηκε με ένα πρόσθιο πεδίο με μπλοκ στη μέση γραμμή. Τα πλάνα θεραπείας και για τις δύο τεχνικές βασίστηκαν στην κατανομή της δόσης. Στην ΤΣΤ χρησιμοποιήθηκαν τα ιστογράμματα δόσης- όγκου. Η μεσαία δόση όγκου ήταν 64 Gy.

Αποτελέσματα: Η σύγκριση των δύο τεχνικών έδειξε ότι η ΤΣΤ επιτρέπει την καλύτερη περιγραφή του όγκου-στόχου, τον καθορισμό των δοσοπεριοριστικών οργάνων και την καλύτερη δοσιμετρία. Με την ΤΣΤ αυξήσαμε την ολική δόση θεραπείας, διατηρώντας χαμηλές τις δόσεις στους υγιείς ιστούς.

Συζήτηση: Με τη χρήση της ΤΣΤ έναντι της δυσδιάστατης για τη θεραπεία του καρκίνου του ΠΝΦ επιτυγχάνεται διατήρηση της λειτουργίας των σιελογόνων αδένων, τοπικός έλεγχος και αυξημένο διάστημα ελεύθερο νόσου.

P 08 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ vs ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Δ. Βόμβας, Μ. Μαρτίνου, Χ. Χριστόπουλος, Δ. Καρδαμάκης

Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

Σκοπός: Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο λάρυγγα που υποβλήθηκαν είτε σε χημειοακτινοθεραπεία ή σε ολική λαρυγγεκτομή.

Μέθοδος: Πρόκειται για ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε με τη χρήση της ηλεκτρονικής διεύθυνσης του Pubmed. Αναζητήσαμε όλα τα άρθρα βάζοντας ως λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, καρκίνος λάρυγγα, χημειοακτινοθεραπεία, ολική λαρυγγεκτομή και θέτοντας ως περιορισμό: άρθρα που δημοσιεύτηκαν την τελευταία 5ετία, αγγλική γλώσσα, κλινικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση αυτή αναδείχθηκαν 4 άρθρα, τα οποία ανασκοπήθηκαν και οδήγησαν στα συμπεράσματα που ακολουθούν.

Συμπεράσματα: Από τις μελέτες αυτές προέκυψε ότι σε γενικές γραμμές οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα που υποβάλλονται σε χημειοακτινοθεραπεία ή σε ολική λαρυγγεκτομή αναφέρουν καλή συνολική ποιότητα ζωής. Μεταξύ όμως των δύο θεραπειών υπάρχουν διαφορές στην επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοακτινοθεραπεία αναφέρουν μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής στους τομείς του άλγους, της κατάποσης και της μίσησης ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή αναφέρουν μειωμένα επίπεδα ζωής στους τομείς της φώνησης και της λειτουργικότητας των ώμων. Αναμφισβήτητα, η ποιότητα ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική και δημιουργεί την ανάγκη για προοπτικές μελέτες στο μέλλον που θα πραγματεύονται θέματα ποιότητας ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα.

Βιβλιογραφία

1. Urba S, Wolf G, Eisbruch A, et al. Single-cycle induction chemotherapy selects patients with advanced laryngeal cancer for combined chemoradiation: a new treatment paradigm. *J Clin Oncol* 2006;24(4):593-598
2. Fung K, Lyden TH, Lee J, et al. Voice and swallowing outcomes of an organ-preservation trial for advanced laryngeal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;63(5):1395-1399
3. LoTimpio MM, Wang KH, Sadeghi A, et al. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:948-953
4. Brown DH, Hilgers FJ, Irish JC, et al. Postlaryngectomy voice rehabilitation: state of the art at the millennium. *World J Surg* 2003;27(7):824-831

P 09 ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΕΦΑΛΗΣ-ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Δ. Δεμενάγας¹, Ε. Ηλιόπουλος¹, Α. Γιαννοπούλου¹, Ι. Φραγκανδρέα¹, Μ. Ναχάτ¹, Γ. Κύργιας¹, Α. Σωτηροπούλου¹, Α. Αρδαβάνης²

1. Β' Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας" 2. Α' Παθολογική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. "Ο Άγιος Σάββας"

Οι δερματικές βλάβες που προκαλούνται από την ακτινοθεραπεία, αποτελούν συχνές και αναπόφευκτες παρενέργειες της και μπορούν να γίνουν εντονότερες, επί συνδυασμού της με την χημειοθεραπεία. Παρ' όλο που η ευρύτερη χρήση γραμμικών επιταχυντών έχει μειώσει την σοβαρότητα των αντιδράσεων αυτών, χρησιμοποιώντας πιο εξειδικευμένες τεχνικές διαφύλαξης της ακεραιότητας του δέρματος, οι βλάβες αυτές παραμένουν και αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ασθενείς.

Δυστυχώς, υπάρχουν πολύ λίγα δεδομένα που περιγράφουν την εμπειρία του ασθενούς στην ακτινική δερματίτιδα, καθώς επίσης και ιδιαίτερα αντικρουόμενα στοιχεία που αφορούν στο πως αυτή, θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί, ελαχιστοποιηθεί και προληφθεί

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται η εμπειρία καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης των δερματικών παρενεργειών μετά από ακτινοθεραπεία ή συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο τραχηλοπροσωπικής περιοχής.

P 10 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ

Βλασταράκος Σ. Β¹, Σταύρου Ι. Ε.², Σταύρου Ε.Ι.³

1.Χειρουργός-Οδοντίατρος

2.Νοσοκομείο "Παμμακάριστος", Υπ.Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών

3.Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Η οστεονέκρωση των γνάθων μπορεί να προκληθεί από την ακτινοβόληση της περιοχής των γνάθων για την αντιμετώπιση κακοήθειας καθώς και από χρόνια αγωγή με διφωσφονικά άλατα. Η συχνότητα λήψης των φαρμάκων αυτών έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την τελευταία πενταετία και η κλινική εικόνα της οστεονέκρωσης περιλαμβάνει την ύπαρξη εκτεθειμένου οστού στη στοματική κοιλότητα με κατά τόπους νεκρωτικές περιοχές που συνοδεύονται από έντονο πόνο, ύπαρξη συριγγίων και ελκώσεων σε δέρμα και βλεννογόνο. Τα ακτινογραφικά ευρήματα περιλαμβάνουν οστεολυσία, οστεοσκληρυνση ή και συνδυασμό τους καθώς και διεύρυνση του περιφριζικού χώρου, ιδίως στο σημείο διχασμού των ριζών των γομφίων. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της οστεονέκρωσης είναι εξαγωγές οδόντων, προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα, χειρουργική αντιμετώπιση περιοδοντικής νόσου, ακρορριζεκτομή, τοποθέτηση εμφυτευμάτων αλλά και ιδιοπαθείς παράγοντες.

Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση περιστατικών οστεονέκρωσης που σχετίζονται με τη μακροχρόνια λήψη διφωσφονικών αλάτων μέσω ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και αναφοράς περιστατικού που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς στην Ογκολογική μονάδα της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

P 11 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ ΥΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ

Κολούτσος Γ.¹, Κυργίδης Α.¹, Τελειούδης Ζ.¹, Ζέρβας Κ.², Βέρρου Ε.², Γιοβάνη Π.¹, Ξηρού Π.³, Βαχτσεβάνος Κ.¹

¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" Θεσσαλονίκης

² Αιματολογικό - Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" Θεσσαλονίκης

³ Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ" Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα διφωσφονικά άλατα(παμινδρονάτη-κλοδρονάτη-αλενδρονάτη-ιβανδρονάτη και από τα μέσα του 2001 το ζολεδρονικό οξύ) ενσωματώνονται στους κρυστάλλους του υδροξυαπατίτη των οστών και μειώνουν, τόσο το ρυθμό οστεοσύνθεσης, όσο και οστεόλυσης. Στην τελευταία ιδιότητα στηρίζεται η χορήγησή τους την τελευταία δεκαετία για τη θεραπεία της ν.Paget, της οστεοπόρωσης, σε οστικές μεταστάσεις από Ca μαστού, προστάτη, πνεύμονα και στο πολλαπλό μυέλωμα. Από το 2001 αναφέρθηκαν περιπτώσεις οστεονέκρωσης των γνάθων σε ασθενείς που ελάμβαναν για αρκετό χρονικό διάστημα διφωσφονικά.

Υλικό-Μέθοδος: Ελέγξαμε αναδρομικά από το 1991 τους φακέλους των ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα, οι οποίοι έλαβαν διφωσφονικά. Από 260 ασθενείς, 37 παρουσίασαν οστεονέκρωση και αντιμετωπίστηκαν από το τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα: Η αντιμετώπιση ήταν κατ'αρχήν συντηρητική με αντιμικροβιακά χημειοθεραπευτικά και στοματοπλύσεις με οξυγονούχα και διττανθρακικά.Επί αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας προβαίναμε σε χειρουργική αφαίρεση του νεκρωμένου οστού και συρραφή με ή χωρίς την χρήση τοπικών κρημνών, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε και αλλογενές μόσχευμα (χοίρειο κολλαγόνο) μεταξύ βλεννογόνου και οστού.

Συμπεράσματα: Σχολιάζουμε τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται ώστε να προλαμβάνεται η οστεο-νέκρωση των γνάθων σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά για μεγάλο χρονικό διάστημα,ενώ καταθέτουμε και την προσωπική μας εμπειρία, όσον αφορά την επιτυχία της συντηρητικής και της χειρουργικής αντιμετώπισης των οστεονεκρωτικών βλαβών των ασθενών αυτών.

P 12 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Κυργίδης Αθανάσιος¹, Κολούτσος Γεώργιος¹, Τελειούδης Ζήσης¹, Πατρικίδου Άννα¹, Ανδρεάδης Χαράλαμπος¹, Τσομπανίδου Χ.¹, Τριαρίδης Στέφανος², Βαχτσεβάνος Κωνσταντίνος¹

¹ Γναθοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"

² Γ' Χημειοθεραπευτικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"

³ Α' ΩΡΛ Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. "Α.Χ.Ε.Π.Α."

Εισαγωγή: Τα διφωσφονικά άλατα φαίνεται πως επάγουν την απόπτωση τόσο των οστεοκλαστών όσο και των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου. Έτσι εξασθενούν την τοπική αντίσταση στη λοίμωξη, επιτρέποντας τόσο τη διεύθυνση όσο και των πολλαπλασιασμό των μικροβίων. Όμως δεν αναπτύσσονται όλοι οι ασθενείς οστεονέκρωση.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η περιγραφή των δημογραφικών και κλινικών παραμέτρων ασθενών με καρκίνο μαστού που ανέπτυξαν οστεονέκρωση των γνάθων κατόπιν θεραπευτικής αγωγής με διφωσφονικά και η ανάδειξη πιθανών παραγόντων κινδύνου.

Υλικό & Μέθοδος: 20 ασθενείς με καρκίνο μαστού (μέση ηλικία 59,5+10,3) έτη που ανέπτυξαν οστεομυελίτιδα των γνάθων συγκρίθηκαν με ηλικιακά ταιριασμένη ομάδα 40 μαρτύρων (μέση ηλικία 61,9+9,2) από το σύνολο των ασθενών που έλαβαν διφωσφονικά για καρκίνο μαστού, και δεν ανέπτυξαν οστεομυελίτιδα για 2 έτη.

Αποτελέσματα: Η νοσηρότητα που προκύπτει από την οστεονέκρωση των γνάθων είναι σημαντική, όπως και οι επιπλέον ημέρες νοσηλείας. Φαίνεται πως οι πρόσφατες εξαγωγές αποτελούν παράγοντα κινδύνου (OR=16.4, 95%CI:3.4-79.6) για ανάπτυξη οστεομυελίτιδας των γνάθων σε ασθενείς με καρκίνο μαστού που λαμβάνουν διφωσφονικά.

Συμπεράσματα: Θεμιτό είναι να ζητείται οδοντιατρική εκτίμηση των ασθενών πριν την έναρξη θεραπείας με διφωσφονικά ώστε να αποφεύγονται οι εξαγωγές κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία. Η παρούσα μελέτη ανεβάζει το υπάρχον επίπεδο τεκμηρίωσης της ASCO από V σε III, αναφορικά με τη σύνδεση των εξαγωγών με την οστεονέκρωση των γνάθων.

P 13 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΑΘΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΙΒΑΝΔΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ (Bodronat®, Roche).

C. Migliorati¹, B.N. Αρμόνης², Α. Ξανθινάκη³, Ο. Νικολάτου-Γαλιτή³

¹ NSU College of Dental Medicine, Diagnostic Sciences, Florida

² 6ο Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ, Αθήνα

³ Μονάδα Οδοντιατρικής Αντιμετώπισης Ογκολογικού Ασθενούς, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η με τα διφωσφονικά σχετιζόμενη νέκρωση των γνάθων αποτελεί όψιμη επιπλοκή της υποστηρικτικής αγωγής στον καρκίνο και έχει παρατηρηθεί κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια (ΕΦ) παμιδρονάτη και ζολενδρονικό οξύ. Το ιβανδρονικό οξύ είναι νεότερο αζωτούχο διφωσφονικό, που χορηγείται σχετικά και διατίθεται σε ΕΦ μορφή (6mg) και από το στόμα (50mg/ημέρα).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης οστεονέκρωσης της γνάθου σε ασθενή, που ελάμβανε ιβανδρονικό οξύ για τον περιορισμό της μεταστατικής οστικής νόσου.

Παρουσίαση περίπτωσης: Γυναίκα 78 ετών προσήλθε για πόνο στο στόμα τον Ιούλιο 2007. Η ασθενής είχε, επίσης, παραπονεί για πόνο στο στόμα πριν ένα χρόνο (Ιούνιο 2006) και είχε αντιμετωπιστεί με αλλαγή της οδοντοστοιχίας και αντιβίωση. Η ασθενής είχε διαγνωστεί με αδενοκαρκίνωμα δεξιού μαστού το 1989 και είχε αντιμετωπιστεί με μαστεκτομή και ταμοξιφένη. Τον Αύγουστο 2004 προσήλθε με πολλαπλές οστικές μεταστάσεις σε σπονδύλους. Υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία και έλαβε, σε σειρά, λετροζόλη, μεθυλπρεδνιζολόνη, οξική μεγεστρόλη, βινορελβίνη, λιποσωμιακή δοξορουβικίνη. Το Μάρτιο 2005 έλαβε, για την οστική νόσο, μία ΕΦ χορήγηση ιβανδρονικού οξέως (6mg), ακολουθούμενη με από το στόμα χορήγηση (50mg/ημέρα). Η ασθενής έπασχε ακόμη από νόσο Parkinson (1996), η οποία αντιμετωπίστηκε με φαρμακευτική αγωγή. Κατά την ενδοστοματική εξέταση (Ιούλιος 2007) παρατηρήθηκαν περιοχές νέκρωσης της κάτω γνάθου και πυόρροια. Η πανοραμική ακτινογραφία αποκάλυψε διαύγαση με ασαφή όρια. Αξιολογώντας το ιατρικό ιστορικό, τη χορήγηση του διφωσφονικού, καθώς και την κλινική και ακτινογραφική εικόνα της γνάθου, τέθηκε η διάγνωση της οστεονέκρωσης σχετιζόμενη με τη λήψη του ιβανδρονικού οξέως. Η ασθενής ενημερώθηκε και τέθηκε σε αντιβίωση, αντιμυκητιασικά και αντισηπτικά, σύμφωνα με το πρωτόκολλο της Μονάδας, ενώ τροποποιήθηκε η οδοντοστοιχία με την τοποθέτηση μαλακού ακρυλικού. Ο πόνος υποχώρησε και η χορήγηση του ιβανδρονικού οξέως δεν διακόπηκε.

Συζήτηση, συμπεράσματα: Η παρούσα περίπτωση, η οποία φαίνεται να είναι η 7η διεθνώς, υποδηλώνει το σαφές δυναμικό του ιβανδρονικού οξέως να προκαλεί οστεονέκρωση. Ο αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων οστεονέκρωσης σε ασθενείς που λαμβάνουν ιβανδρονικό οξύ θα πρέπει να θέσει σε εγρήγορση τους ογκολόγους και τους λοιπούς κλινικούς γιατρούς. Η ενημέρωση του ασθενούς και η προληπτική φροντίδα του στόματος πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια λήψης του διφωσφονικού θα είναι χρήσιμη.

P 14 ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΔΙΦΩΣΦΩΝΙΚΑ. 4ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Χ.Ν. Χριστόπουλος, Α.Κούτρας², Β.Βασιλείου¹, Θ. Μακατσώρης², Χ. Καλόφωνος², Δ. Καρδαμάκης¹

¹Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ²Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας - Ογκολογικό, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών, Π.Γ.Ν. Πατρών, Ρίον

Εισαγωγή: Η οστεονέκρωση των γνάθων αποτελεί σοβαρή επιπλοκή σε ογκολογικούς ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά και εμφανίζεται κυρίως μετά από οδοντιατρικές πράξεις, όπως η εξαγωγή δοντιού. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η συνολική διάρκεια υποβολής των ασθενών σε θεραπεία με διφωσφονικά, αλλά και το είδος του χρησιμοποιούμενου σκευάσματος (σπανιότερα παρατηρείται στο pamidronate disodium, και ibandronate σε σχέση με το zoledronic acid).

Σκοπός: Αναδρομική μελέτη καταγραφής της συχνότητας εμφάνισης οστεονέκρωσης των γνάθων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανάλογη θεραπεία στα Τμήματά μας.

Υλικό και Μέθοδος: Ανατρέξαμε στο ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής και διαχείρισης φαρμάκων του Π.Γ.Ν. Πατρών, προκειμένου να υπολογίσουμε το σύνολο των χορηγήσεων διφωσφονικών το χρονικό διάστημα από 01/01/2004 έως 31/12/2007. Η καταγραφή ανά σκεύασμα και έτος καθώς και το σύνολο των χορηγήσεων αλλά και το νοσοκομειακό κόστος παρουσιάζεται αναλυτικότερα στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Χορηγήσεις διφωσφονικών ανά σκεύασμα και ανά έτος

Σκεύασμα	2004	2005	2006	2007	Σύνολο
	Χορηγήσεις	Χορηγήσεις	Χορηγήσεις	Χορηγήσεις	Χορηγήσεις
Pamidronate disodium	314	417	268	246	1245
Ibandronate	29	163	120	90	403
Zoledronic acid	703	694	898	948	3242
Σύνολο	1046	1274	1286	1284	4890

Αποτελέσματα: Τα διφωσφονικά χρησιμοποιούνται ως συμπληρωματική θεραπεία σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις, αφού προλαμβάνουν τις οστικές επιπλοκές (π.χ. παθολογικά κατάγματα) και ελέγχουν την υπερασβεσταιμία. Επίσης έχει επιβεβαιωθεί, και από την δική μας εμπειρία, η σημαντική μείωση της κλίμακας πόνου αλλά και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών κατά την διάρκεια της υποστηρικτικής θεραπείας με διφωσφονικά. Οι παρενέργειες από την χρήση των διφωσφονικών, εκτός από την πυρεξία που παρατηρείται σε ποσοστό 5-10%, είναι σπάνιες (υπασβεσταιμία, νεφροτοξικότητα) ενώ ακόμα πιο σπάνια είναι η συχνότητα εμφάνισης της οστεονέκρωσης των γνάθων. Στην διάρκεια των τελευταίων 4 ετών, 105 ασθενείς έλαβαν σε μηνιαία χορήγηση ενδοφλεβίως 90 mg pamidronate disodium, 75 ασθενείς έλαβαν 6 mg ibandronate και 278 ασθενείς έλαβαν 4 mg zoledronic acid. 5 ασθενείς εμφάνισαν οστεονέκρωση των γνάθων (4 γυναίκες με πρωτοπαθή καρκίνο μαστού και 1 άνδρας με πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονος). Όλοι οι ασθενείς που εμφάνισαν οστεονέκρωση έλαμβαναν zoledronic acid.

Συμπεράσματα: Η ενημέρωση των ιατρών καθώς και των οδοντιάτρων που χειρίζονται ογκολογικούς ασθενείς, για τον κίνδυνο εμφάνισης οστεονέκρωσης των γνάθων, είναι απαραίτητη και μπορεί να συμβάλει απαφασιστικά στην πρόληψη της επιπλοκής. Επίσης σημαντική είναι η διενέργεια των απαραίτητων οδοντιατρικών επεμβάσεων πριν από την έναρξη της θεραπείας με διφωσφονικά και η τακτική εκτίμηση των υπό θεραπεία ασθενών από οδοντίατρο.

P 15 ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ, ΓΝΑΘΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΕ ΙΣΤΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Πιάγκου Μάρα, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκος Γιαννούλης, Κοτσιομήτης Βαγγέλης, Αναγνωστοπούλου Σοφία
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι μεταστατικές βλάβες κακοήθων όγκων στις γνάθους και τον βλεννογόνο του στόματος είναι σπάνιες και αντιπροσωπεύουν το 1-2% του συνόλου των κακοήθων όγκων του στόματος. Συνήθως οι μεταστάσεις γίνονται ενδοστικά στις γνάθους και σπάνια στους μαλακούς ιστούς. **Σκοπός της παρούσας εργασίας** είναι να τονίσει τη μεγάλη κλινική σημασία των μεταστατικών όγκων ιδίως σε περιπτώσεις που η πρωτοπαθής εστία δεν είναι γνωστή.

Η γνάθος και ο στοματικός βλεννογόνος μπορεί να αποτελεί τη 1η ένδειξη μετάστασης γνωστού όγκου.

Μεταστάσεις στο στόμα μπορεί να υπάρχουν από καρκινώματα του γαστρεντερικού σωλήνα, του πνεύμονα, του προστάτη, του μαστού κ.α. Πιο συχνά οι μεταστατικοί όγκοι εντοπίζονται στα ούλα, τη γλώσσα και την υπερώα. Παρουσιάζονται τέτοιες περιπτώσεις και γίνεται προσπάθεια για την κατάταξή τους ανάλογα με τη βαρύτητα της περίπτωσης.

Η κλινική εικόνα αυτών των νεοπλασιών μπορεί να είναι ένα ασυμπτωματικό ογκίδιο ή μία επιπολής έλκωση, που μπορεί να μιμείται αθώες βλάβες του στόματος. Η διάγνωση θα στηριχθεί αποκλειστικά στην ιστοπαθολογική εικόνα της βλάβης και την αναζήτηση της αρχικής εστίας.

Η **Διαφορική διάγνωση** γίνεται από το πυογόνο κοκκίωμα, το περιφερικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, το ίνωμα, το τραυματικό έλκος κ.α

Η **Θεραπεία** σχετίζεται με το είδος της νεοπλασίας και τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας.

P 16 ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ

Πιάγκου Μάρα, Δουβετζέμης Στέργιος, Νικολάκης Γιώργος, Πιάγκος Γιαννούλης, Παράσχος Αλέκος, Αναγνωστοπούλου Σοφία
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Το πολλαπλούν μυέλωμα ή πλασματοκυτταρικό μυέλωμα ή νόσος του Kahler είναι μία σπάνια κακοήθης διαταραχή των πλασματοκυττάρων, αγνώστου αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από ανώμαλη παραγωγή ανοσοσφαιρινών. Η νεοπλασία συνήθως ξεκινά από τον μυελό των οστών και είναι διάχυτη ή εντοπίζεται σε μία μυελική εστία (μονήρες οστικό μυέλωμα) ή αναπτύσσεται σαν εξωμυελικό πλασματοκυτταρικό όγκος (μυέλωμα μαλακών μορίων).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δώσει έμφαση στις συχνές εντοπίσεις της νόσου, στα πλατέα οστά δηλ. στα οστά του κρανίου, στην άνω και στην κάτω γνάθο (25-30%) και να συσχετίσει τη νόσο με τις επανειλημμένες υποτροπιάζουσες λοιμώξεις και την αιμορραγική διάθεση, λόγω της αναστολής της λειτουργικότητας των αιμοπεταλίων.

Υλικό μελέτης αποτέλεσαν διεθνείς κλινικές ανασκοπικές μελέτες και περιπτώσεις αναφοράς.

Αποτελέσματα - συμπεράσματα: Τα 3/5 των ασθενών, παρουσιάζουν περιγεγραμμένες οστεολυτικές εξεργασίες στα οστά του κρανίου, στις πλευρές, στους σπονδύλους, στις γνάθους, και επακόλουθη γενικευμένη οστεοπόρωση. Κλινικά σημεία και συμπτώματα είναι ο οστικός πόνος, η παραισθησία, τα αυτόματα κατάγματα, η οστική διόγκωση και οι μετακινήσεις των δοντιών. Σπανιότερα παρατηρούνται αιμορραγίες, ανώδυνες διογκώσεις μαλθακής σύστασης στα ούλα, τον φατνιακό βλεννογόνο και στην υπερώα. Ειδικά από τη γλώσσα παρατηρείται χαρακτηριστική μακρογλωσσία και μεγαλογλωσσία λόγω δευτεροπαθούς εναπόθεσης αμυλοειδούς. Σε προσβολή της κάτω γνάθου μπορεί να παρατηρηθεί αναισθησία του κάτω χείλους λόγω πίεσης ή διήθησης του κάτω γναθικού νεύρου.

P 17 ΣΥΝΔΡΟΜΟ DI GUGLIELMO Ή ΕΡΥΘΡΟΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Πιάγκου Μάρα, Πιάγκος Γιαννούλης
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Είναι σπάνια μορφή οξείας μη- λεμφοβλαστικής λευχαιμίας που χαρακτηρίζεται από άτυπο πολλαπλασιασμό των ερυθροποιητικών κυττάρων του μυελού των οστών. Κλινικά παρατηρείται αναιμία, πυρετός, διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα και αιμορραγίες. Η κλινική πορεία μοιάζει με εκείνης της οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας με τη διαφορά ότι δεν παρατηρείται συνήθως διόγκωση λεμφαδένων. Ο βλεννογόνο του στόματος προσβάλλεται

σπάνια με αιμορραγίες και διόγκωση των ούλων. Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει άτυπες μορφές λευχαιμιών. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν μυελόγραμμα και αιματολογικό έλεγχο περιφερικού αίματος. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χημειοθεραπεία.

P 18 ΤΟ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΚΟΚΚΙΩΜΑ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Πιάγκος Γιαννούλης, Νικολάκης Γιώργος, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Το θανατηφόρο κοκκίωμα της μέσης γραμμής είναι σπάνια, ταχέως εξελισσόμενη παθολογική κατάσταση, που προκαλεί καταστροφικές νεκρωτικές βλάβες στη ρινική κοιλότητα, την υπερώα, και τη μέση γραμμή του προσώπου. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου παραμένει ασαφής αλλά πρόσφατα ανοσολογικά, ιστοπαθολογικά και άλλα δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι πρόκειται για ειδική μορφή λεμφώματος από T-λεμφοκύτταρα με ποικίλη κλινική έκφραση. Κλινική εικόνα: πρόδρομα σημεία και συμπτώματα της νόσου είναι επιστάξεις, ελαφρός ρινικός πόνος, αίσθημα ρινικής πλήρωσης και απόφραξη, έντονα κάκοσμο ρινικό έκκριμα, οίδημα και ερυθρότητα της υπερώας. Γρήγορα δημιουργούνται βαθιές νεκρωτικές ελκώσεις που επεκτείνονται σε βάθος και περιφερικά. Οι βλάβες συνεχώς χειροτερεύουν προκαλώντας έντονες καταστροφές στην υπερώα, το ρινικό διάφραγμα, τους οφθαλμούς, τα οστά της βάσης του κρανίου και το πρόσωπο δημιουργώντας έντονες δυσμορφίες. Αιμορραγίες και δευτεροπαθείς λοιμώξεις είναι συχνές επιπλοκές. Η πρόγνωση είναι αμφίβολη με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. **Διαφορική διάγνωση:** κοκκιωμάτωση Wegener, μουκορμύκωση, ασπεργίλλωση, ιστοπλάσωση, μη- Hodgκίν λέμφωμα, νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία, φυματίωση, συφιλιδικό κοκκίωμα, αδενοκαρκίνωμα, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Εργαστηριακές εξετάσεις: ιστοπαθολογική εξέταση, ανοσοϊστοχημικές εξετάσεις, εξετάσεις μοριακής βιολογίας.
Θεραπεία: ακτινοθεραπεία με ικανοποιητικό αποτέλεσμα.

P 19 ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ WALDENSTROM: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα, Μαζαράκης Αντώνης, Πιάγκος Γιαννούλης,
Αναγνωστοπούλου Σοφία

Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόκειται για μία συστηματική υπερπλασία του λεμφοδικοτυτού συστήματος. Ταξινομείται στις διαταραχές των πλάσματοκυττάρων με ανώμαλο πολλαπλασιασμό λεμφοκυττάρων Β και υπερέκκριση ανοσοσφαιρίνης IgM μεγάλου μοριακού βάρους. Η μονοκλωνική πρωτεΐνη IgM είναι μία πρωτεΐνη που κυκλοφορεί στο αίμα και προκαλεί φαινόμενο υπεργλοιοποίησης.

Η νόσος είναι σπάνια, αγνώστου αιτιολογίας που προσβάλλει άτομα άνω των 50 ετών και έχει κακή συνήθως πρόγνωση.

Η **κλινική εικόνα** της νόσου χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση αναμίας, καταβολή εύκολη κόπωση, δύσπνοια, νευρολογικά συμπτώματα, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, αιμορραγίες, διόγκωση σπλήνα και λεμφαδένων.

Χαρακτηριστικό σημείο είναι οι αιμορραγίες από τους οφθαλμούς, τη μύτη και το στόμα. Στο στόμα παρατηρούνται επίμονες αιμορραγίες των ούλων, πετέχειες και εκχυμώσεις ενώ έχουν περιγραφεί και ελκώσεις.

Η **διαφοροδιάγνωση** περιλαμβάνει τη λευχαιμία, τη θρομβοκυτταροπενική πορφύρα, το λέμφωμα και το πολλαπλούν μύελωμα.

Εργαστηριακά διαπιστώνεται αύξηση της IgM, αύξηση της ταχύτητας καθίζησης, αναμία, ουδετεροπενία και θρομβοπενία. Ο μυελός είναι κυτταροβριθής με έντονη παρουσία λεμφοειδών κυττάρων και πλάσματοκυττάρων.

Η **θεραπεία** της νόσου συνίσταται στη χορήγηση αλκυλιωτικών παραγόντων (κυκλοφωσφamide, μελφalanης, κορτικοστεροειδών κ.α). Η αυξημένη γλοιοποίηση αντιμετωπίζεται με πλάσμοφαίρεση. Η βιολογική συμπεριφορά της νόσου είναι σχετικά ήπια. Η πρόγνωση της είναι πολύ καλύτερη από την πρόγνωση του πολλαπλού μυελώματος.

P 20 ΤΟ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Πιάγκος Γιαννούλης, Παναγούλη Ελένη, Τσαρακλής Αθανάσιος, Πιάγκου Μάρα
Εργαστήριο Περιγραφικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Το μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο είναι ετερογενής ομάδα χρόνιων αιματολογικών διαταραχών, που περιλαμβάνει επίμονη αναμία, θρομβοκυτταροπενία, ουδετεροπενία ή και μονοκυττάρωση. Η ακριβής αιτιολογία του είναι

άγνωστη. Παρατηρείται όμως μερικές φορές μετά από ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία και προσβάλλει κατά κανόνα, άτομα άνω των 60 ετών. το σύνδρομο ταξινομείται σε 5 μορφές, ανάλογα με το είδος της αιματολογικής διαταραχής. **Κλινικά** χαρακτηρίζεται από γενικά φαινόμενα (κόπωση, πυρετό, μυϊκή αδυναμία κ.α.), πολλαπλές και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις και αιμορραγίες που οφείλονται στην ουδετεροπενία και θρομβοκυτταροπενία. Στο στόμα εμφανίζονται άτυπες επίμονες ελκώσεις, που συχνά υποτροπιάζουν, αιμορραγίες κυρίως από τα ούλα, καντιντίαση και περιοδοντίτιδα.

Διαφοροδιάγνωση: ακοκκιοκυτταραιμία, κυκλική ουδετεροπενία, απλαστική αναιμία, θρομβοκυτταροπενία, λευχαιμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις: αιματολογική εξέταση του περιφερικού αίματος, μυελόγραμμα.

Θεραπεία: μεταγγίσεις αίματος, μεταμόσχευση μυελού των οστών, κορτικοστεροειδή, παράγοντες G-CSF και GM-CSF.

P 21 ΑΛΛΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΚ) ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΒΛΑΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΟΛΛ): Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Γουσέτης Ευγένιος, Κίτρα-Ρούσου Βασιλική, Περιστέρη Ιουλία, Παϊσίου Άννα, Βεσσαλάς Γεώργιος, Πετράκου Ευτυχία, Γραφάκος Στέλιος.

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας στην αλλογενή ΜΑΚ στην παιδική ΟΛΛ της Μονάδας μας την τελευταία εντεκαετία.

Υλικό - Μέθοδος: Από το 1994-2005 έλαβαν αλλογενές μόσχευμα 49 παιδιά με ΟΛΛ, διάμεσης ηλικίας 8 έτη (εύρος 1-16). Προμεταμοσχευτικά σε CR1, CR2, CR3 και ανθεκτική νόσο ήταν 13,31,3 και 1 αντίστοιχα. Με CR1 είχαν μη ευνοϊκούς προγνωστικούς δείκτες (κυτταρογενετικές βλάβες, κακή απαντητές, λευκά >1000.000 στη διάγνωση, MRD). Το μόσχευμα ήταν από HLA συμβατό συγγενή δότη, από συμβατό ξένο, από συγγενή με ένα HLA-Ag διαφορά και από απλοταυτόσημο συγγενή σε 30, 16, 2 και 1 αντίστοιχα. Το πρωτόκολλο προετοιμασίας βασισμένο στη TBI σε 14 παιδιά ενώ σε 35 ήταν στον συνδυασμό Bu/Cy. Η περιεκτικότητα των μοσχευμάτων σε CD34/kg και σε εμπύρνη: 7X106 και 9X108 αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Το μόσχευμα ήταν μυελικό σε 33, κινητοποιημένα περιφερικά προγονικά κύτταρα σε 13, κύτταρα ομφαλίου αίματος σε 2 και συνδυασμός μυελού και ομφαλίου σε 1. Χορηγήθηκε μόσχευμα χωρίς T-κύτταρα σε 8 ενώ με μερική αφαίρεση σε 3. Σε 4/49 ασθενείς παρουσιάστηκε ανεπάρκεια μοσχεύματος ενώ 45/49 η εγκατάσταση ήταν επιτυχής. Παρουσιάστηκε aGVHD σε 19/49 ενώ cGVHD σε 7/49 3μήνες μεταμοσχευτικά. Εν ζωή-σε ύφεση βρίσκονται 24 παιδιά (48%) για διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 60 μήνες (4-144). Η επιβίωση χωρίς νόσο που μεταμοσχεύθηκαν σε CR2 ή CR3 ήταν 51% ενώ σε CR1 ήταν 30%. Απεβίωσαν 25 ασθενείς, 15/25 με υποτροπή και 10/25 από επιπλοκές της μεταμόσχευσης. Η πιθανότητα επιβίωσης χωρίς νόσο είναι ίδια τόσο στις μεταμοσχεύσεις από συγγενή δότη όσο σ' αυτές από ξένο δότη (48%).

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της μεταμόσχευσης στην ομάδα με CR2 ή CR3 είναι απόλυτα συγκρίσιμα με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στην ομάδα των CR1 ο ρόλος της αλλογενούς ΜΑΚ όμως δεν είναι ξεκάθαρος.

P 22 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Περιστέρη Ιουλία, Παϊσίου Άννα, Κίτρα-Ρούσου Βασιλική, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλάς Γεώργιος, Θεοδοσάκη Μαρία, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα.

Εισαγωγή: Η πρόσληψη παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος για την αντιμετώπιση των αιμοσθερινοπαθειών όμως μόνο η ΜΑΚ προσφέρει ριζική θεραπεία.

Σκοπός: Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων σε πάσχοντες από αιμοσφαιρινοπάθειες της Μονάδας μας.

Υλικό -Μέθοδος: Συνολικά 88 ασθενείς με αιμοσφαιρινοπάθειες, διάμεσης ηλικίας 13,2 έτη(εύρος 1,5-23,8) υποβλήθηκαν σε 96 μεταμοσχεύσεις από 1994-2006. Ογδόντα (80), είχαν ομόζυγη β-MA, 3 μικροδρεπανοκυτταρική και 1 δρεπανοκυτταρική αναιμία. Σύμφωνα με την κατάταξη κατά Pesaro οι ασθενείς με MA ταξινομήθηκαν: 16 ασθενείς χαμηλού, 35 μέσου και 29 υψηλού κινδύνου. Δότες ήταν: 92 ιστοσυμβατά αδέρφια και 4 μη συγγενής εθελοντές. Πηγή του μοσχεύματος ήταν: μυελός των οστών 85, ομφάλιο αίμα 3, ομφάλιο+μυελός 4 και περιφερικά αρχέγονα κύτταρα 4 ΜΑΚ. Το πρωτόκολλο προετοιμασίας ήταν Busulfan + Cyclofosfamide + ALG.

Αποτελέσματα: Με διάμεσος χρόνος παρακολούθησης 6,5 έτη ,84/88 ασθενείς επιβιώνουν, οι 81 με φυσιολογική αιμοποίηση - ελεύθερη μεταγίσεων και 4 παραμένουν νόσο λόγω απόρριψης. Τέσσερις (4) απεβίωσαν, από aGVHD 2 ασθενείς, τοξοπλάσμωση 1 και αιμορραγία του ΚΝΣ 1 . Σοβαρό οξύ GVHD 17 ασθενείς και χρόνιο GVHD 7. Δέκα (10) ασθενείς απέρριψαν το μόσχευμα, οι 8 υποβλήθηκαν σε δεύτερη MAK, που ήταν απόλυτα επιτυχής στους 7. Η επιβίωση χωρίς νόσο (EFS) είναι 94% και η θνητότητα 5%. Συγκεκριμένα η EFS για ασθενείς χαμηλού κινδύνου είναι 100%, για ενδιάμεσου 95% και για υψηλού 87%.
Συμπέρασμα: Η MAK σε ασθενείς με MA που είχαν συμβατό δότη εξασφαλίζει ίαση με υψηλά ποσοστά επιτυχίας και με χαμηλή νοσηρότητα/θνητότητα, ιδιαίτερα εάν εφαρμόζεται σε μικρή ηλικία.

P 23 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΟΝΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΜΑΠΚ) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΥΕΛΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ : Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Παϊσίου Άννα, Κίτρα-Ρούσσου Βασιλική, Περιστέρη Ιουλία, Γουσέτης Ευγένιος, Βεσσαλός Γεώργιος, Κωνσταντινίδου Νίκη, Γραφάκος Στέλιος.

Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών του Νοσοκομείου Παιδών "Η Αγία Σοφία", Αθήνα

Εισαγωγή: Τα σύνδρομα μυελικής ανεπάρκειας είναι σπάνια στην παιδική ηλικία και αποτελούν μια ετερογενή ομάδα νοσημάτων, που περιλαμβάνει την απλαστική αναιμία, την αναιμία Fanconi, την αναιμία Blackfan- Diamond, την αμεγακαρουκυτταρική θρομβοπενία, και τη συγγενή δυσκεράτωση. Η ΜΑΠΚ αποτελεί τη θεραπεία εκλογής .

Σκοπός: Εκτιμήθηκε η εμπειρία της Μονάδας μας στην αλλογενή ΜΑΠΚ σε παιδιά με σύνδρομα μυελικής ανεπάρκειας .

Ασθενείς: Συνολικά 11 ασθενείς με σύνδρομα μυελικής ανεπάρκειας (απλαστική αναιμία 5, αναιμία Fanconi 4, αναιμία Blackfan - Diamond 1 και αμεγακαρουκυτταρική θρομβοπενία 1), με διάμεση ηλικία 89 μήνες (εύρος 12 - 147 μήνες) υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση τη χρονική περίοδο 1994-2007. Πέντε παιδιά μεταμοσχεύτηκαν με HLA-ισοσυμβατό συγγενή, 1 παιδί με 1 αντιγόνο HLA-διαφορά συγγενή, και 5 παιδιά με HLA συμβατούς μη συγγενείς εθελοντές δότες. Πηγή του μοσχεύματος ήταν: μυελός των οστών 9, περιφερικό αίμα 2. Το πρωτόκολλο προετοιμασίας περιελάμβανε σε 5 ασθενείς Busulfan+Cyclophosphamide+ALG, σε 2 ασθενείς Cyclophosphamide+ALG, σε 1 Busulfan+Cyclophosphamide+Melphalan+ALG και σε 1 Busulfan+Cyclophosphamide+Fludarabin+ALG . Για προφύλαξη νόσου μοσχεύματος κατά ξενιστή (GVHD) δόθηκε κυκλοσπορίνη (CSA) +/-μεθοτρεξάτη, σε όλους τους ασθενείς.

Αποτελέσματα: Με διάμεσο χρόνο παρακολούθησης 4,5 μήνες (εύρος 0,16 - 160 μήνες) , 8 ασθενείς επιβιώνουν με φυσιολογική αιμοποίηση ελεύθεροι μεταγίσεων. Απεβίωσαν 3 ασθενείς, εκ των οποίων: 1 με αναιμία Fanconi από GVHD, gr. IV , την +50 ημέρα, 1 με αναιμία Fanconi από αιμορραγική οισοφαγίτιδα - εντερίτιδα , την + 62 ημέρα και 1 με απλαστική αναιμία από μη ανατάξιμη μυοκαρδιοπάθεια την +5 ημέρα . Σοβαρή οξεία GVHD gr II - IV εμφάνισαν 2 ασθενείς και χρόνια κανένας. Επιπλοκές ήταν: σηψαιμία (2), αιμορραγική κυστίτιδα (1), αιμορραγία εντέρου (1) και CMV λοίμωξη (2). Εγκατάσταση μοσχεύματος έκαναν οι 8 /11 ασθενείς με τα PMN να υπερβαίνουν τα 500 +16 ημέρα (ΔΤ, εύρος +9 έως +26) και με τα PLT να υπερβαίνουν τις 50.000 + 16 ημέρα (ΔΤ, εύρος + 13 έως + 55). Κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε 2η μεταμόσχευση. Η συνολική ελεύθερα νόσου επιβίωση είναι 72,7% .

Συμπέρασμα: Η MAK σε ασθενείς με σύνδρομα μυελικής ανεπάρκειας από συμβατό δότη εξασφαλίζει ίαση με υψηλά ποσοστά επιτυχίας και χαμηλή νοσηρότητα - θνητότητα, και σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής, αν και παρουσιάζουμε μικρό αριθμό περιστατικών. Σε αυτό φαίνεται να βοηθούν σημαντικά τα πρωτόκολλα προετοιμασίας.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ AUTHORS INDEX

Beck-Mannagetta J.	22, 26, 27, 30, 59	Δασκαλά Ι.	47
Friedbacher G.	30	Δαρδούφας Κ.	26, 27
Gareis M.	22, 59	Δεληστράτη Β.	18, 65
Keefe D.	14, 15, 17, 24, 30	Δεμέναγας Δ.	17, 19, 55, 67
Migliorati C.	14, 15, 14, 18, 19, 24, 26, 27, 31, 32, 69	Δερβενούλιας Ι.	14, 15, 37
Migliorati E.	18, 24, 26, 27, 32	Δεστούνη Χ.	21, 55
Raber-Durlacher J.	17, 24, 32	Δοντά Α.	22, 25, 38, 59
Willinger B.	22, 59	Δουβετζέμης Σ.	20, 71
		Δρούκας Β.	22, 23, 25, 39
A			
Αγά- Κουμπίτσα Ε.	16, 21, 51, 57	Z	
Αγαπητός Ε.	18, 64	Ζαχαρόγιαννη Γ.	19, 66
Αθανασιάδου Π.	16, 21, 51, 56	Ζέρβας Κ.	19, 68
Αθανασούλη	14, 15	Ζερβού-Βάλβη Φ.	16, 24, 50
Αλεξανδριδής Κ.	47	H	
Αναγνωστόπουλος Ν.	21, 24	Ηλιόπουλος Ε.	17, 19, 55, 67
Αναγνωστοπούλου Σ.	20, 71, 72	Θ	
Ανδρεάδης Χ.	16, 19, 52, 69	Θεοδοσάκη Μ.	20, 73
Αντύπας Χ.	19, 66	Θεοδωρίδου Α.	19, 66
Αντωνιάδης Κ.	18, 64	Θωμά-Τσαγκλή Ε.	16, 50
Αποστολίδης Ι.	18, 65, 66	I	
Αραβαντινός Γ.	14, 15	Ιατρού Ι.	21, 24
Αρδαβάνης Α.	19, 67	K	
Αρμόνης Β.Ν.	19, 69	Καβαδιά Α.	23, 25, 38
Αρμπιλιά Χ.	19, 66	Καλόφωνος Χ.	20, 70
Αρτοπούλου Ι.	17, 18, 22, 25, 33, 54, 64	Καμπέρος Γ.	22, 60
B		Καρακάσης Δ.	18, 65, 66
Βαλερή Ρ.Μ.	21, 55	Καρδαμάκης Δ.	14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 54, 58, 67, 70
Βαρσαμά Β.	18, 65	Κασιδώνη Ε.	23, 25, 39
Βασιλάτου-Κοσμίδη Ε.	14, 15, 16, 25, 33, 53	Κατουμάς Κ.	16, 53
Βασιλείου Β.	20, 21, 58, 70	Κατσικής Α.	14, 15
Βαχτσεβάνος Κ.	16, 19, 21, 52, 55, 68, 69	Κατσουράκης Μ.	16, 18, 21, 24, 51, 57
Βέρρου Ε.	19, 68	Κεχαγιάς Ν.	16, 18, 52, 64
Βεσσαλός Γ.	20, 22, 60, 73, 74	Κιζιρίδου Α.	16, 52
Βλασταράκος Σ.	19, 47, 68	Κίτρα-Ρούσσου Β.	14, 15, 20, 22, 60, 73, 74, 39
Βλάχος Λ.	19, 66	Κιτράκη Ε.	17, 24
Βόμβας Δ.	17, 19, 54, 67	Κλούβας Γ.	17, 24
Βουγιουκλάκης Γ.	14, 15	Κοκκίνη Γ.	21, 57
Γ		Κολούτσος Γ.	18, 19, 64, 68, 69
Γαλίτη Δ.	16, 51, 52	Κοντός Κ.	16, 18, 21, 52, 55, 64
Γιαννοπούλου Α.	17, 19, 55, 67	Κοτσομήτης Β.	20, 71
Γιοβάνη Π.	19, 68	Κούβαρης Ι.	19, 21, 22, 25, 56, 66
Γιωτάκης Ι.	16, 17, 52, 55	Κουλουλίας Β.	21, 23, 56
Γκόγκου Π.	19, 66	Κούτρας Α.	20, 70
Γόγαλης Ι.	19, 66	Κρητικός Κ.	17, 53
Γονίδη Μ.	21, 56	Κτενά-Αγαπητού Π.	18, 64
Γουσέτης Ε.	20, 22, 60, 73, 74	Κυπριανού Κ.	21, 56
Γραφάκος Σ.	14, 15, 20, 22, 60, 73, 74	Κύργιας Γ.	17, 18, 19, 55, 65, 67
Γαργαλιάνος-Κακολύρης Π.	17, 24, 34	Κυργίδης Α.	16, 18, 19, 52, 64, 68, 69
Γεωργακόπουλος Γ.	14, 15, 34	Κυριαζή Β.	18, 65, 66
Δ		Κυρτσώνη Χρ.	57, 21
Δαμάσκος Σπ.	22, 59	Κωνσταντινίδου Ν.	20, 22, 60, 73, 74

Λ

Λαμπροδήμου Γ.	21, 57
----------------	--------

Μ

Μαδιανός Φ.	14, 15, 21, 58
Μαζαράκης Α.	20, 72
Μάκου Μ.	26, 27
Μακατσώρης Θ.	20, 70
Μαμάη-Χωματά Ε.	23, 25
Μαρτίνου Μ.	19, 67
Μασουριδή Σ.	21, 58
Μητσούλη Χ.	26, 27
Μουζακίτη Ε.	16, 50
Μπαλαφούτα Μ.	19, 66
Μπαλατσάκης Ι.	18, 65, 66
Μπαραμπούτης Ι.	26, 27, 41
Μπατζακάκης Δ.	16, 51
Μπόγλου Κ.	21, 55
Μποζιάρη Π.	21, 56, 57

Ν

Ναχάτ Μ.	17, 19, 55, 67
Νικητάκης Ν.	22, 60
Νικηφοράκης Ε.	18, 65, 66
Νικολάκης Γ.	20, 71, 72
Νικολάτος Γ.	16, 53
Νικολάτου-Γαλιτή Ο.	14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 42, 53, 56, 57, 69, 59

Νικολοπούλου Φ.	18, 64
-----------------	--------

Ντομουχτής Α.	16, 18, 52, 64
---------------	----------------

Ξ

Ξανθινάκη Α.	16, 18, 19, 21, 24, 43, 51, 52, 53, 56, 57, 69
--------------	--

Ξηρού Π.	19, 68
----------	--------

Π

Πάγκαλης Γ. Α.	21, 58
Παϊσίου Α.	20, 22, 60, 73, 74
Παναγούλη Ε.	20, 71, 72
Παντελάκος Π.	14, 15
Παπαβασιλείου Γ.	17, 54
Παπαδάκη Θ.	16, 53
Παπαδογεωργάκης Ν.	22, 25, 43
Παπαδοπούλου Ε.	21, 56, 57
Παπαδούλης Ν.	21, 57
Παπαϊωάννου Β.	23, 25, 44
Παπαμιχαήλ Α.	48
Παπαμιχαήλ Ε.	48
Παπανικολάου Σ.	23, 25
Παράσχος Α.	20, 71
Πατρικίδου Α.	19, 21, 55, 69
Πατσούρης Ε.	21, 56
Πεπελάση Ε.	16, 22, 25, 45, 50
Περιστερή Ι.	20, 22, 60, 73, 74

Πετράκου Ε.	20, 73
Πετρίκκος Γ.	17, 24
Πιάγκος Γ.	20, 71, 72
Πιάγκου Μ.	20, 71, 72
Πισσάκας Γ.	16, 21, 24, 56
Πισσάκη Κ.	23, 25
Πομώνη Μ.	17, 54

Ρ

Ραζή Ε.	16, 50
Ρεπούσης Π.	21, 57

Σ

Σαμέλης Γ.	14, 15
Σαμπατάκου Ε.	16, 26, 27, 52, 46
Σαμώνης Γ.	14, 15, 45
Σαρλάνη Ε.	22, 60
Σαρρή Τ.	16, 51, 52
Σερέτη Μ.	16, 21, 51, 57
Σιαπκαρά Γ.	17, 55
Σίδη-Φραγκανδρέα Β.	14, 15, 46
Σουλιμωτή Γ.	18, 65
Σπυροπούλου Δ.	17, 54
Σταύρου Ε.Ι.	19, 23, 25, 68, 47, 68
Συρίγος Κ.	14, 15, 48
Σωτηριάδου Κ.	18, 65
Σωτηροπούλου Α.	17, 19, 55, 67
Σωτηροπούλου-Λόντου Αν.	21, 23, 25, 56

Τ

Τελειούδης Ζ.	19, 68, 69
Τζέρμπος Φ.	16, 50
Τζούτζας Γ. Ι.	22, 25, 48
Τζωρτζάκης Γ.Ν.	21, 58
Τζωρτζοπούλου Ε.	18, 64
Τόσιος Κ.	26, 27
Τριαρίδης Σ.	19, 69
Τσαρακλής ΑΘ.	20, 71, 72
Τσιχλάκης Κ.	22, 59
Τσομπανίδου Χ.	19, 69
Τσουρβελούδης Ι.	26, 27

Φ

Φανδρίδης Ι.	16, 50
Φραγκανδρέα Ι.	17, 19, 55, 67

Χ

Χαρχαλάκης Ν.	18, 65, 66
Χατζόπουλος Α.	17, 53
Χέρας Π.	17, 53
Χρανιώτη Σ.	16, 50
Χριστόπουλος Χ.Ν.	19, 20, 21, 58, 67, 70
Χρονόπουλος Β.	18, 64



NOXAFIL®


posaconazole

Συνδυασμός

Δύναμης & Ασφάλειας



*Για περισσότερες πληροφορίες που αφορούν στις αντενδείξεις,
προφυλάξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες επικοινωνήστε με την εταιρεία.*

 Schering-Plough

Αθήνα: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 210 9897300,
Θεσ/νίκη: Κιμ. Βόγα 24, 546 45, Τηλ.: 2310 863634, <http://www.schering-plough.com>

ZITH-011-08

ZITHROMAX[®]

azithromycin



Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Π.Χ.Π που διατίθεται από την Pfizer Hellas A.E.

Pfizer Hellas A.E. Λεωφ. Μεσογείων 243, Ν. Ψυχικό, 154 51 Αθήνα, Τηλ. Επιστημονικής Ενημέρωσης: 210 6785800, <http://www.pfizer.com>