

Υπο την Αιγίδα



Οργάνωση



6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογικής Απεικόνισης

13-15 Δεκεμβρίου 2019

Grand Hotel Palace
Θεσσαλονίκη

Αίθουσα "ΒΟΥΛΑ ΠΑΤΟΥΛΙΔΟΥ"

Τελικό
Πρόγραμμα
Περιλήψεις
Εργασιών

Χορηγούνται 17 Μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

www.6thImaginginOncologyCongress.gr



Μιχαλακοπούλου 105, 11527 Αθήνα
Τηλ. 210 7711673 Fax: 210 7711289

Website: www.prctravel.gr E-mail: congress2@prctravel.gr

Novartis Hellas



Changing the practice of medicine

Στη Novartis, αξιοποιούμε στο έπακρο τη δύναμη της καινοτομίας στην επιστήμη για να αντιμετωπίσουμε μερικά από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν την κοινωνία στο χώρο της υγείας.

Δεν σταματάμε ποτέ να αναζητούμε με πάθος νέους τρόπους που θα βοηθούν τους ασθενείς να ζουν περισσότερο και καλύτερα.

 **NOVARTIS**



4 AL-04/16



ΝΕΑ από του στόματος μορφή

Aloxi[®]
palonosetron HCl soft capsules

**STARTS STRONG
LASTS LONG**

Αλλάζει τα δεδομένα με μία και μοναδική δόση

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Aloxi 500 μικρογραμμάρια μαλακά καψάκια. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε καψάκιο περιέχει 500 μικρογραμμάρια παλονοσετρόνης (ως υδροχλωρική). Έκδοχα(α): Κάθε καψάκιο περιέχει 14,21 γιγαστόγραμμα σορβιτόλης. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Για τους ενήλικες 500 μικρογραμμάρια παλονοσετρόνης χορηγούμενα από το στόμα περίπου μία ώρα πριν από την έναρξη της χημειοθεραπείας. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το Aloxi ενδείκνυται για χρήση σε ενήλικες για την πρόληψη της ναυτίας και του έμετου που σχετίζονται με μέτρια εμετογόνο χημειοθεραπεία καρκίνου. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Καθώς η παλονοσετρόνη μπορεί να αυξήσει το χρόνο διάβασης στο έντερο, πρέπει να γίνεται παρακολούθηση των ασθενών με ιστορικό δυσκοιλιότητας ή σημεία υποξείας εντερικής απόφραξης μετά από την χορήγηση. Σε συνδυασμό με τη χορήγηση παλονοσετρόνης 750 μικρογραμμάρων, έχουν αναφερθεί δύο περιστατικά δυσκοιλιότητας με εντονηστική σπράγγυ, για τα οποία απαιτήθηκε εισαγωγή του ασθενούς σε νοσοκομείο. Σε όλα τα δοσολογικά επίπεδα τα οποία εξετάστηκαν, η παλονοσετρόνη δεν προκάλεσε κλινικά σημαντική επίμκηση του διαρρυθμισμένου διαστήματος QT (QTc). Διεγερθήκε μια συγκεκριμένη ενδελχής μελέτη των διαστημάτων QT/QTc σε υγιείς εθελοντές για οριστικά στοιχεία αποδεικνύοντας την επίδραση της παλονοσετρόνης στο QT/QTc. Ωστόσο, όπως και με τους άλλους ανταγωνιστές των 5-HT₃, θα πρέπει να δίνεται προσοχή κατά τη χρήση παλονοσετρόνης σε ασθενείς που έχουν ή είναι πιθανό να αναπτύξουν επίμκηση του διαστήματος QT. Το Aloxi περιέχει σορβιτόλη. Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά

πρόβλήματα δυσανεξίας στη φρουκτόζη δεν θα πρέπει να λάβουν αυτό το φαρμακευτικό προϊόν. Τα καψάκια Aloxi μπορεί επίσης να περιέχουν ίνωση λεκθίνης που προέρχεται από τη σόγια. Ως εκ τούτου, ασθενείς με γνωστή υπερευαίσθησία στην αραχίδα ή στη σόγια, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για σημεία αλλεργικής αντίδρασης. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Σε κλινικές μελέτες στις οποίες χορηγήθηκε δόση 500 μικρογραμμάρων (σύνολο 161 ασθενών) η πιο συχνά παρατηρηθείσα ανεπιθύμητη αντίδραση, που είναι δυνατόν τουλάχιστον να σχετίζεται με το Aloxi, ήταν κεφαλαλγία (3,7%). Στις κλινικές μελέτες παρατηρήθηκαν οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες (AE) οι οποίες είναι δυνατόν κλινικά σημαντικές: ναυτία, έμετος, διάρροια, κόπωση, πονοκέφαλος, ζάλη, υπέρταση, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, ναυτία, μυαλγία, αύξηση χολερυθρίνης αίματος. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μετά την κυκλοφορία του προϊόντος στην αγορά (<1/10.000) παρουσιάστηκαν αντιδράσεις υπερευαίσθησίας με το ενέσιμο διάλυμα παλονοσετρόνης για ενδοφλέβια χρήση. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Helsinn Biotech Pharmaceuticals Ltd, Damastown, Mulhuddart Dublin 15, Ιρλανδία. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/04/306/002, EU/1/04/306/003. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 22 Μαρτίου 2005. Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: 23 Μαρτίου 2010. **Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.** Α.Τ.: €81,92, Χ.Τ.: €64,40, Νοσ. Τιμή: €56,03. Αποζημιώνεται πλήρως από τους ΦΚΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: 1. Wong FHH, et al. The interaction of RS 25259-197, a potent and selective antagonist, with 5-HT₃ receptors. *in vitro*. Br J Pharmacol. 1995; 114: 851-9. 2. Aloxi Summary of Product Characteristics 2015. 3. Gralla R, et al. Palonosetron improves prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy: results of a double-blind randomized phase III trial comparing single doses of palonosetron with ondansetron. *Ann Oncol.* 2003; 14(10): 1570-7. 4. Eisenberg P, et al. Improved prevention of moderately emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting with palonosetron, a pharmacologically novel 5-HT₃ receptor antagonist: results of a phase III, single-dose trial versus dolasetron. *Cancer.* 2008; 98(11): 2473-82. 5. S. Grunberg et al. Oral palonosetron is as effective as intravenous palonosetron: a Phase 3 dose ranging trial in patients receiving moderately emetogenic chemotherapy. *ECCO* 2007.

Galenica a.e.

Αθήνα: Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64, τηλ.: 210 5281700
Θεσσαλονίκη: Κουντουριώτου & Φασιανού 2, τηλ.: 2310 542685
Επιστημονικό Τμήμα τηλ.: 210 5281731, Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης τηλ.: 210 5281805

HELSEIN

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ανοηστέα.
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Η τεχνολογία στα χέρια του γιατρού για εξατομικευμένη αντιμετώπιση του καρκίνου.



Watson for Oncology

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ καλωσορίζει τη νέα πλατφόρμα της IBM.

Το Watson for Oncology είναι ένα σύγχρονο συμβουλευτικό εργαλείο στο οποίο οι γιατροί μπορούν να εισάγουν το ιατρικό ιστορικό του ασθενή τους και να αξιοποιήσουν ιατρικές πληροφορίες, ανακοινώσεις και δημοσιεύσεις από όλο τον κόσμο σε θέματα καρκίνου, προκειμένου να βοηθηθούν ώστε να καταλήξουν σε ένα εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας.

Άλλη μία καινοτομία της τεχνολογίας και της επιστήμης, έρχεται στον Όμιλο ΥΓΕΙΑ.

IBM Watson Health™

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Σας καλωσορίζουμε στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογικής Απεικόνισης. Ένα επιστημονικό πεδίο που εμφανίζει εξαιρετική κλινική σημασία και εξελίσσεται συνεχώς. Η εξέλιξη αυτή συναρτάται με την εντυπωσιακή πρόοδο που πραγματοποιείται τα τελευταία 10 χρόνια τόσο στην κατανόηση της μοριακής βιολογίας των όγκων, όσο και στις μεθόδους απεικόνισης και απεικονιστικής εκτίμησης της βιολογικής συμπεριφοράς τους, έτσι ώστε ο συνδυασμός αυτών να καθιστά την ογκολογική απεικόνιση μια τρέχουσα, διαρκώς ανανεωνόμενη πραγματικότητα.

Η μοριακή βιολογία των όγκων ιχνηλατώντας τα παθολογικά βιολογικά μονοπάτια που προάγουν την ογκογένεση δημιουργεί φάρμακα για στοχευμένη θεραπεία, που σε συνδυασμό με τις προόδους της χειρουργικής ογκολογίας και ακτινοθεραπείας οδηγούν σε εξατομικευμένες και αποτελεσματικότερες θεραπείες.

Η σύγχρονη απεικόνιση πάλι, έχοντας ξεπεράσει με μεγάλη επιτυχία την πιστή ανατομική αναπαράσταση των παθολογικών εξεργασιών, κατακτά όλο και περισσότερες δυνατότητες παρακολούθησης του όγκου και εκτίμησης του αποτελέσματος ενός θεραπευτικού σχήματος, στηριζόμενη σε ποιοτικά, λειτουργικά και μεταβολικά χαρακτηριστικά.

Στο συνέδριο αυτό θα υπάρξουν θεματικές ενότητες όγκων που θα αναφέρονται σε κλινικά ενδεδειγμένους τρόπους επιλογής και εφαρμογής συνδυασμού θεραπευτικών σχημάτων για την αντιμετώπισή τους, αλλά και σε μεθόδους για την απεικονιστική παρακολούθησή τους. Θα υπογραμμιστούν αντιπαραθέσεις και θα συζητηθούν περιστατικά που αναδεικνύουν την ανάγκη προσέγγισης του ασθενή από ομάδα συνεργαζόμενων ιατρικών ειδικοτήτων (Ογκολογικά Συμβούλια).

Θα αναφερθούν κατευθυντήριες οδηγίες και σύγχρονες τάσεις στην επιλογή όχι μόνον του θεραπευτικού σχήματος αλλά και της διαγνωστικής μεθόδου που θα αναδείξει την έκταση της βλάβης και θα παρακολουθήσει την ανταπόκρισή της στην θεραπεία απεικονίζοντας και ενδεχόμενες παρενέργειές της. Τέλος, θα αναδειχθεί ο εξελισσόμενος ρόλος της επεμβατικής ακτινολογίας στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς και θα επισημανθούν οι παράμετροι οικονομικού κόστους.

Όλα αυτά θα παρουσιαστούν στα χρονικά όρια ενός τριήμερου συνεδρίου με επιλεγμένους ομιλητές, Έλληνες και ξένους, που θα κατανεμηθούν στις θεματικές στρογγυλές τράπεζες, τις αντιπαραθέσεις, τις στοχευμένες ομιλίες, και τις συζητήσεις περιστατικών.

Στο συνέδριο έχει συμπεριληφθεί περιορισμένος αριθμός ανακοινώσεων-ανασκοπήσεων εκπαιδευτικού χαρακτήρα, ώστε να παρουσιαστεί η εμπειρία στην ογκολογική απεικόνιση στη χώρα μας.

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας και σας ευχόμαστε ευχάριστη διαμονή στη Θεσσαλονίκη!

Οι Πρόεδροι της Οργανωτικής Επιτροπής

Ιωάννης Μπουκοβίνας
Επιστημονικός Υπεύθυνος
Ογκολογικής Μονάδας
Βιοκλινικής Θεσσαλονίκης

Παναγιώτης Πρασόπουλος
Καθηγητής Ακτινολογίας Α.Π.Θ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Πρόεδροι: **Ι. Μπουκοβίνας, Π. Πρασόπουλος**
Μέλη: **Ι. Ανδρέου, Π. Κοσμίδης**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ι. Ανδρέου, Α. Γουλιάμος, Σ. Εφραιμίδης
Π. Κοσμίδης, Ε. Μουλοπούλου, Ι. Μπουκοβίνας
Π. Πρασόπουλος, Ε. Χατζηθεόκλητος

ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Grand Hotel Palace
Μοναστηρίου 305, 546 27 Θεσσαλονίκη
Phone: 231 054 9000
Website: www.grandhotelpalace.gr
ΑΙΘΟΥΣΑ Β. Πατουλίδου

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

13-15 Δεκεμβρίου 2019

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Το δικαίωμα συμμετοχής έχει ορισθεί:

Κατηγορίες Συμμετεχόντων	Κόστος εγγραφής	Κόστος επί τόπου εγγραφής
Ειδικευμένοι Ιατροί	€ 80,00	€ 90,00
Ειδικευόμενοι Ιατροί & Ακτινοφυσικοί	€ 40,00	€ 45,00
Τεχνολόγοι / Νοσηλευτές / Φοιτητές *	Δωρεάν	Δωρεάν

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Συνεδριακό Υλικό
- Διαλείμματα καφέ
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης

* Το δικαίωμα συμμετοχής για τους Τεχνολόγους, Νοσηλευτές και Φοιτητές περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση Συνεδρίου
- Διαλείμματα καφέ
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης
- Για τις κατηγορίες με δωρεάν εγγραφή **είναι απαραίτητη η προσκόμιση αντίστοιχου αποδεικτικού εγγράφου**

ΜΟΡΙΟΔΟΤΗΣΗ

Χορηγούνται 17 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (C.M.E. CREDITS).

ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Η γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί καθ' όλη την διάρκεια του Συνεδρίου.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Η χορήγηση των Πιστοποιητικών θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου την Κυριακή, 15 Δεκεμβρίου 2019, με την λήξη του Συνεδρίου. Οι συμμετέχοντες οφείλουν να παραδώσουν συμπληρωμένο το Δελτίο Αξιολόγησης του Συνεδρίου, προκειμένου να παραλάβουν το πιστοποιητικό τους. Βάσει της διάταξης του ΕΟΦ (81867/19-11-2012), όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι δικαιούνται Πιστοποιητικό Παρακολούθησης, εφ' όσον έχουν συμπληρώσει το 60% των συνολικών ωρών παρακολούθησης του Συνεδρίου.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΚΟΝΚΑΡΔΕΣ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι σύνεδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία και παρακαλούνται να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

E-POSTERS

Οι αναρτημένες ανακοινώσεις θα παρουσιασθούν ηλεκτρονικά σε μορφή power point, στο Foyer της Αίθουσας Β. Πατουλίδου

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί τεχνική γραμματεία παραλαβής των παρουσιάσεων. Οι κ.κ. ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις εισηγήσεις τους σε ηλεκτρονική μορφή σε CD ή USB stick σε PPT ή PDF format, τουλάχιστον μία ώρα πριν από την έναρξη της ομιλίας τους.

ΕΚΘΕΣΗ

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση σύγχρονου τεχνολογικού και ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού.

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Στους συνεδριακούς και κοινόχρηστους χώρους παρέχεται δωρεάν πρόσβαση στο διαδίκτυο (Wi-Fi). Ο κωδικός πρόσβασης θα είναι διαθέσιμος από τη γραμματεία του Συνεδρίου.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ - ΟΡΓΑΝΩΣΗ

PRC Congress & Travel



Μιχαλακοπούλου 105, 11527 Αθήνα

Τηλ.: 210 7711673

Fax: 210 7711289

Email: congress2@prctravel.gr

Web Site: www.prctravel.gr

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογικής Απεικόνισης ευχαριστούν τις ακόλουθες Εταιρείες, που συνέβαλαν σημαντικά στην πραγματοποίησή του:





OPDIVO[®]

(nivolumab) ▼



Bristol-Myers Squibb
Leading the Way in Immuno-Oncology

Bristol-Myers Squibb A.E.
Αττικής 49-53 & Προποντίδος 2, Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αττική
ΤΘ 63883 - Βριλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική
Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000

**Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



DR MAMMOGRAPHY CASSETTE-SIZED AED DETECTOR

DR 24M

- The easy way to go DR for mammography
- Fits in 24×30 buckys standard to analogue mammography X-ray modalities
- Detector absorption is compatible with mammography X-ray units
- AED enables seamless use with virtually all X-ray mammography systems
- High DQE at high resolution & the lossless AED feature supports low dose examinations
- Cassette-less solution improves workflow & examination speed
- MUSICA for excellent contrast detail & consistent image quality

Find out more, visit medimg.agfa.com

ΑΓΚΦΑ-ΓΚΕΒΕΡΤ ΑΕΒΕ
Αχαρνών 481
143 43 Νέα Χαλκηδόνα
Τηλ. 210.5706565 Fax. 210.5706611
e-mail: eleni.kapantaidaki@agfa.com

AGFA 

13:00-15:00

Εγγραφές

15:00-16:30

Στρογγυλή Τράπεζα 1

Διεπιστημονική Προσέγγιση στα κακοήθη Νεοπλασμάτα ΚΝΣ

Συντονιστές: **Α. Γουλιάμος - Π. Σελβιαρίδης - Π. Μακραντωνάκης**

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο Νευροχειρουργός;
Π. Σελβιαρίδης

Ο κλινικός ρόλος της απεικόνισης στη διάγνωση των νεοπλασμάτων του εγκεφάλου.

Ε. Καψαλάκη

Η απεικόνιση στη παρακολούθηση των νεοπλασμάτων του εγκεφάλου μετά την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Τ. Γερούκης

Όγκοι του Σπονδυλικού Σωλήνα/Νωτιαίου μυελού

Μ. Μαντατζής

16:30-17:00

Ομιλία 1

Προεδρείο: **Π. Παπακοτούλας**

Απεικονιστικά κριτήρια ανταπόκρισης στην Ανοσοθεραπεία

Α. Αθανασάκος

17:00-17:30

Διάλειμμα - Καφέ

17:30-19:00

Στρογγυλή Τράπεζα 2

Νεοπλασμάτα Γυναικείας Πυέλου

Συντονιστές **Θ. Αγοραστός - Α. Αναστασίου -Χ. Παπανδρέου**

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο γυναικολόγος;
Α. Παπανικολάου

Καρκίνος Ωθηκών

Α. Τσίλη

Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας

Χ. Μπουργιώτη

Καρκίνος ενδομητρίου

Ε. Μουλοπούλου

19:00-19:30

Τελετή Έναρξης – Χαιρετισμοί

Πρόεδροι της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

Π. Πρασόπουλος-Ι. Μπουκοβίνας

Ι. Μπουκοβίνας Πρόεδρος της ΕΟΠΕ

Ι. Τσιτουρίδης Πρόεδρος Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας

19:30-20:00

Εναρκτήρια Ομιλία

Α. Κοταρίδου

09:00-10:30

Στρογγυλή Τράπεζα 3

Διεπιστημονική προσέγγιση στο καρκίνο του προστάτη
Συντονιστές: **A. Μπούτης – Δ. Παναγιωτοπούλου**

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο Κλινικός;
Z. Ζαφειρίου

Πολυπαραμετρική Μαγνητική Τομογραφία
N. Κρητικός

Υπερηχογράφημα και βιοψίες
Γ. Ζαχαρόπουλος

Σταδιοποίηση, Θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση
με τεχνικές Πυρηνικής Ιατρικής
Γ. Άρσος

10:30-12:00

Στρογγυλή Τράπεζα 4

Διεπιστημονική προσέγγιση στο καρκίνο του ορθού
Συντονιστές: **Σ. Κακολύρης- Α.- Τέντες- Μ. Πηλαβάκη**

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο χειρουργός;
E. Ξυνός

Τι μπορεί να προσφέρει η Μαγνητική Τομογραφία
Σ. Γκουρτσογιάννη

Ποια πληροφορία χρειάζεται και τι μπορεί να προσφέρει
ο Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος;
Λ. Βίνη

Εκτίμηση ανταπόκρισης στη θεραπεία-Αξιολογήση τοπικής υποτροπής
E. Χρυσού

12:00-12:30

Διάλειμμα - Καφέ

12:30-13:30

Στρογγυλή Τράπεζα 5

Πρωτοπαθή Νεοπλασμάτα Ήπατος - Χοληφόρων
Συντονιστές: **Σ. Εφραιμίδης- Γ. Κεσίσης - Χ. Κοσμίδης**

Απεικονιστικά κριτήρια στη διάγνωση ΗΚΚ
E. Χαρταμπίλας

Η απεικόνιση στο χολαγγειοκαρκίνωμα
Σ. Παπαϊωάννου

Η επεμβατική Ακτινολογία στη θεραπευτική αντιμετώπιση
A. Χατζηδάκης

Συζήτηση περιστατικών
Σ. Εφραιμίδης

13:30-14:00

Ομιλία 2

Προεδρείο: **I. Ανδρέου**

Επεμβατική Ακτινολογία στην Ογκολογία: Παρόν και μέλλον
H. Μπρούντζος

14:00-15:30

Μεσημβρινή Διακοπή

15:30-17:00

Στρογγυλή Τράπεζα 6

Νεοπλάσματα Παγκρέατος

Συντονιστές: **E. Χριστοφορίδης - I. Σουγκλάκος**

Τι χρειάζεται να ξέρει ο χειρουργός

E. Χατζηθεόκλητος

Η απεικόνιση στο αδενοκαρκίνωμα

X. Τριαντοπούλου

Η απεικόνιση στα κυστικά νεοπλάσματα του παγκρέατος

A. Ξυνού

Συζήτηση περιστατικών : Εξαιρέσιμο η όχι νεόπλασμα;

X. Τριαντοπούλου

17:00-17:30

Διάλειμμα - Καφέ

17:30-18:30

Δορυφορικό Συμπόσιο GE Healthcare

“Όγκοι Εγκεφάλου – Παρουσίαση Περιστατικών” (30’)

Δανάη Χουρμούζη

Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος

Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο

Μέσα Σκιαγραφικής Απεικόνισης – Νεφροπάθεια και Ογκολογικός ασθενής (30’)

Αθανάσιος Νάτσιος MD, PhD, FEBGH

Ιατρικός Υπεύθυνος Νοσοκομειακής Ευρώπης

GE Healthcare Life Sciences

18:30-19:00

Honorary Lecture

Προεδρείο: **I. Ανδρέου - Π. Πρασόπουλος**

Artificial Intelligence in Oncologic Imaging

A.Laghi

President of the European Society of Oncologic Imaging

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019

19:00-20:30

Στρογγυλή Τράπεζα 7

Διεπιστημονική προσέγγιση στο καρκίνο του πνεύμονα

Συντονιστές: **Κ. Αναστασιάδης- Π. Κοσμίδης- Ι.Τσιτουρίδης**

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η διαχείριση του μονήρους πνευμονικού όζου

Β. Γεωργοπούλου

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο ογκολόγος?

Ι. Ξανθάκης

Διάγνωση και σταδιοποίηση με Υπολογιστική και Μαγνητική Τομογραφία

Δ.Χουρμούζη

Η PET/CT στις θεραπευτικές αποφάσεις

Β. Πρασόπουλος

ΚΥΡΙΑΚΗ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019

09:00-10:30

Στρογγυλή Τράπεζα 8

Καρκίνος του Μαστού

Συντονιστές: **Χρ. Εμμανουηλίδης- Γ. Κυρόπουλος- Σ. Χατζόπουλος**

Διαγνωστικά κριτήρια στη μαστογραφία

Ι. Χρυσογονίδης

Τι προσφέρει το υπερηχογράφημα;

Χ. Γερανού

Μαγνητική Μαστογραφία

Α. Ρουσάκης

Απεικονιστικές ιδιαιτερότητες μοριακών υπότυπων καρκίνου μαστού

Α. Αθανασίου

10:30-12:00

Στρογγυλή Τράπεζα 9

Αιματολογικές κακοήθειες

Συντονιστές: **Ε. Μουλοπούλου - Κ. Τσαταλάς**

Ποια απεικονιστική πληροφορία χρειάζεται ο αιματολόγος;

Δ. Παντελίδου

PET/CT στη σταδιοποίηση και παρακολούθηση των λεμφωμάτων

Γ. Ιακώβου

Η Μαγνητική Τομογραφία στο Λέμφωμα

Ρ. Ευθυμιάδου

Η Μαγνητική Τομογραφία στο Πολλαπλούν Μυέλωμα

Β. Κουτουλίδης

12:00-12:30

Διάλειμμα - Καφέ

12:30-13:30

Στρογγυλή Τράπεζα 10

Σαρκώματα Οστών και Μαλακών Μορίων

Συντονιστές: **Ι. Μπουκοβίνας - Ε. Σαμολαδάς - Γ. Γιαταγάνας**

Σαρκώματα οστών: Ο πρωταγωνιστικός ρόλος της απλής Ακτινογραφίας και η προστιθέμενη αξία της Μαγνητικής Τομογραφίας.

Σ. Γιαρμενίτης

Η απεικόνιση στα σαρκώματα των μαλακών μορίων

Α. Μπιντούδη

Η απεικόνιση στα σαρκώματα περιτοναϊκού-οπισθοπεριτοναϊκού χώρου

Ν. Κουρκουτσάκης

Κλινική αξία των απεικονιστικών ευρημάτων

Ι. Μπουκοβίνας

13:30-15:00

Στρογγυλή Τράπεζα 11

Απεικόνιση και Ακτινοθεραπεία

Συντονιστές: **Δ. Μισαηλίδου - Π. Πρασόπουλος- Ι. Σειμένης**

Απεικονιστικές παράμετροι στο σχεδιασμό της Ακτινοθεραπείας

Γ. Κύργιας

SPECT/CT - PET/CT στο σχεδιασμό της Ακτινοθεραπείας

Παναγιωτίδης Εμμ.

Οι δυνατότητες της Μαγνητικής Τομογραφίας στο σχεδιασμό της Ακτινοθεραπείας

Ι. Σειμένης

Απεικονιστικές απαιτήσεις για Εξατομικευμένη Ακτινοθεραπεία

Κ. Θεοδώρου

15:00

Τελετή Λήξης

OPDIVO[®]
(nivolumab)



YERVOY[®]
(ipilimumab)



REGIMEN



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος που διατίθεται από τον κάτοχο άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως



Bristol-Myers Squibb
Leading the Way in Immuno-Oncology

Bristol-Myers Squibb A.E.
Αττικής 49-53 & Προσαντιός 2, Τ.Κ. 152 35 Βριλήσσια, Αττική
ΤΘ 63883 - Βριλήσσια, Τ.Κ. 152 03, Αττική
Τηλ. 210 6074300 & 210 6074400, Φαξ 210 6074333
Αριθμός Γ.Ε.ΜΗ 7453601000

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ - ΟΜΙΛΗΤΩΝ

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ - ΟΜΙΛΗΤΩΝ

- Laghi Andrea** President of the European Society of Oncologic Imaging ESOI
- Αγοραστός Θεόδωρος** Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Διευθνήτης της Δ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ
- Αθανασάκος Αθανάσιος** Ακτινολόγος, Δ.Θ.Κ.Α. "ΥΓΕΙΑ" Αθήνα
- Αθανασίου Αλεξάνδρα** Ακτινοδιαγνώστρια, Διευθνήτρια Τμήματος Απεικόνισης Μαστού, Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ, Αθήνα
- Αναστασιάδης Κυριάκος** Καθηγητής, Αναπληρωτής Πρόεδρος του Τμήματος Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ
- Αναστασίου Αθανασία** Διευθνήτρια ΕΣΥ Ακτινολογικού Τμήματος, Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
- Ανδρέου Ιωάννης** αμ. Επίκ. Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικός Διευθνήτης Τμημάτων Απεικονίσεων Νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ & ΜΗΤΕΡΑ
- Άρσος Γεώργιος** Καθηγητής Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Δ/ντης Γ Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής Ιατρικού Τμήματος ΑΠΘ Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
- Βίνη Λουίζα** Διευθνήτρια Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών
- Γερανού Χρυσούλα** Επιμελήτρια Α' Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος Αντικαρκινικό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο
- Γερούκης Τριαντάφυλλος** Δ/ντης Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου, Γ.Ν. "Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ" Θεσσαλονίκη
- Γεωργοπούλου Βασιλική** Διευθνήτρια ΕΣΥ Ακτινολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη
- Γιαταγάνας Γεώργιος** Διευθνήτης Ακτινολογικού Εργαστηρίου Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου. Θεσσαλονίκη
- Γαρμενίτης Σπύρος** Ακτινολόγος, Δ/ντής Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος ΥΓΕΙΑ & ΜΗΤΕΡΑ
- Γκουρτσογιάννη Σοφία** Επίκ. Καθηγήτρια Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
- Γουλιάμος Αθανάσιος** Ομοτ. Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- Εμμανουηλίδης Χρήστος** Παθολόγος Ογκολόγος, Διαβαλκανικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ευθυμιάδου Ρωζάνη** Ακτινολόγος, Διευθνήτρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθνήτρια Τμήματος Αξονικού & Μαγνητικού Τομογράφου & Οστεοπόρωσης, Δ.Θ.Κ.Α. "ΥΓΕΙΑ"
- Εφραιμίδης Σταύρος** Ομ. Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Διευθνήτης Ακτινολογικού Τμήματος Βιοκλινική, Θεσσαλονίκη
- Ζαφειρίου Ζαφείρης** Παθολόγος Ογκολόγος, Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ζαχαρόπουλος Γεώργιος** Ακτινολόγος, Διευθνήτης Τμήματος Γενικών Υπερήχων, Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»
- Θεοδώρου Κυριακή** Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Ιακώβου Ιωάννης** Αν. Καθηγητής Διευθνήτης Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ - ΟΜΙΛΗΤΩΝ

Κακολύρης Στυλιανός	Καθηγητής Παθολογίας Ογκολογίας, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής Α' Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής ΔΠΘ
Κασαλάκη Ευτυχία	Καθηγήτρια Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Κεσίσης Γεώργιος	Παθολόγος - Ογκολόγος, Κλινική Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη
Κοσμίδης Πάρις	Παθολόγος-Ογκολόγος Διευθυντής Β' Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»
Κοταρίδου Αγγελική	Αρχαιολόγος
Κουτουλίδης Βασίλειος	Επικ. Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Κουρκουτσάκης Νικόλαος	Αν. Καθηγητής Ακτινολογίας ΔΠΘ
Κρητικός Νικόλαος	Ακτινολόγος Δ/ντης Απεικονιστικών Τμημάτων Νοσοκομείο Μητέρα, Αθήνα
Κύργιας Γεώργιος	Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Κυρόπουλος Γεώργιος	Ακτινολόγος, Ημαθία
Μακραντωνάκης Παρίσης	Παθολόγος Ογκολόγος, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Μαντατζής Μιχάλης	Επικ. Καθηγητής Ακτινολογίας ΔΠΘ
Μισαηλίδου Δέσποινα	Ακτινοθεραπεύτρια Ογκολόγος ,Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Μουλοπούλου Ευαγγελία	Καθηγήτρια Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια του Α' Εργαστηρίου Ακτινολογίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο
Μπιντούδη Αντωνία	Ακτινολόγος ,Επιμελήτρια Β΄,Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Μπουκοβίνας Ιωάννης	Διευθυντής Παθολογικού Ογκολογικού Τμήματος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης
Μπουργιώτη Χάρης	Ακτινολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Μπούτης Αναστάσιος	Παθολόγος Ογκολόγος, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, Θεσσαλονίκη
Μπρούντζος Ηλίας	Καθηγητής Ακτινολογίας ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Ξανθάκης Ιωάννης	Παθολόγος - Ογκολόγος Επιμελητής Α'Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Ξυνός Ευάγγελος	Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Κρήτης
Ξυνού Αικατερίνη	Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Ακτινολογικού Τμήματος Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο
Παναγιωτοπούλου Δήμητρα	Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος , Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο
Παναγιωτίδης Εμμανουήλ	Πυρηνικός Ιατρός, Επιμελητής Α' Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο
Παπανδρέου Χρήστος	Καθηγητής Παθολογίας - Ογκολογίας ,Γ.Ν.Θ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Παντελίδου Δέσποινα	Αιματολόγος Διευθύντρια ΕΣΥ, Α' Παθολογική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
Παπαιωάννου Σοφία	Ακτινολόγος, Επιμελήτρια Β' Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΛΙΣΤΑ ΠΡΟΕΔΡΩΝ - ΟΜΙΛΗΤΩΝ

Παπακοτούλας Παύλος	Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής, Β' Τμήμα, Χημειοθεραπευτικής Ογκολογίας, Α.Ν.Θ. Θεαγένειο
Παπανικολάου Αλέξιος	Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ
Πηλαβάκη Μάγια	Συντονίστρια - Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Γ.Ν. Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη
Πρασόπουλος Βασίλειος	Πυρηνικός Ιατρός, Διευθυντής Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής & PET/CT, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ
Πρασόπουλος Παναγιώτης	Καθηγητής Ακτινολογίας ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Ρουσάκης Αρκάδιος	Διευθυντής Τμήματος Αξονικής και Μαγνητικής Τομογραφίας & Μέτρησης Οστεοπόρωσης, Αναπληρωτής Διευθυντής Τμήματος PET-CT, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ
Σαμολαδάς Ευθύμιος	Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Διαβαλκανικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Σειμένης Ιωάννης	Καθηγητής Ιατρικής Φυσικής ΕΚΠΑ
Σελβιαρίδης Παναγιώτης	Καθηγητής Νευροχειρουργικής ΑΠΘ, Α' Πανεπιστημιακή Νευροχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
Σουγκλάκος Ιωάννης	Αν. Καθηγητής Παθολογικής Ογκολογίας, Πανεπιστημίου Κρήτης
Τέντες Αντώνιος Απόστολος	Χειρουργός Ογκολόγος, Διευθυντής Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας, Πρόγραμμα Περιτοναϊκής Κακοήθειας, Νοσοκομείο Metropolitan
Τριαντοπούλου Χαρίκλεια	Συντονίστρια - Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος, ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ" Γ.Ν. Νέας Ιωνίας, Αθήνα
Τσαταλάς Κωνσταντίνος	Ομότ. Καθηγητής Αιματολογίας ΑΠΘ
Τσίλη Αθηνά	Επικ. Καθηγήτρια Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τσιτουρίδης Ιωάννης	Ακτινολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
Χαρταμπίλας Ευάγγελος	Ακτινολόγος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης
Χατζηδάκης Αδάμ	Καθηγητής Ακτινολογίας ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Χατζηθεόκλητος Ευθύμιος	Χειρουργός, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης
Χατζόπουλος Σταύρος	Χειρουργός Μαστού, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης
Χουρμούζη Δανάη	Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ιατρικού Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης
Χριστοφορίδης Εμμανουήλ	Καθηγητής Χειρουργικής ΑΠΘ
Χρυσογονίδης Ιωάννης	Επικ. Καθηγητής Ακτινολογίας ΑΠΘ
Χρυσού Ευαγγελία	Ακτινολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 001 ¹⁸F]PSMA-1007 ΠΟΛΥΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ PET/CT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΡΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Sachpekidis Christos^{1,2}, Afshar-Oromieh Ali^{2,3}, Kopka Klaus^{4,5}, Haberkorn Uwe^{1,3}, Dimitrakopoulou-Strauss Antonia¹

1. Clinical Cooperation Unit Nuclear Medicine, German Cancer Research Center (DKFZ), Heidelberg, Germany
2. Department of Nuclear Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Bern, Switzerland
3. Division of Nuclear Medicine, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany
4. Division of Radiopharmaceutical Chemistry, German Cancer Research Center (DKFZ), Heidelberg, Germany
5. German Cancer Consortium (DKTK), Heidelberg, Germany

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της βιοκατανομής και φαρμακοκινητικής του νέου ραδιοϊσοτόπου [¹⁸F]PSMA-1007 με τη χρήση πολυπαραμετρικής PET/CT σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη (ΚΠ).

Υλικό-Μέθοδοι: Εικοσιπέντε (25) ασθενείς με βιοχημική υποτροπή και προοδευτική νόσο ΚΠ μελετήθηκαν με τη χρήση δυναμικού και ολοσωματικού PET/CT και το ραδιοφάρμακο [¹⁸F]PSMA-1007. Η διάμεση τιμή του PSA ήταν 1.2 ng/mL (εύρος = 0.1 – 237.3 ng/mL) και του Gleason score ήταν 7 (εύρος = 6 – 10). Η PET/CT εκτίμηση βασίστηκε σε ποιοτική (οπτική) αξιολόγηση, ημι-ποσοτικές μετρήσεις με υπολογισμό του standardized uptake value (SUV) και απόλυτες ποσοτικές εκτιμήσεις των κινητικών παραμέτρων του [¹⁸F]PSMA-1007, μετά εφαρμογή μοντέλου δυο διαμερισμάτων ιστών καθώς και fractal ανάλυση.

Αποτελέσματα: 15/25 ασθενείς (60.0 %) ήταν [¹⁸F]PSMA-1007 PET-θετικοί. Η τιμή PSA στους PET-θετικούς ασθενείς ήταν σημαντικά υψηλότερη από ότι στους PET-αρνητικούς ασθενείς. Η ανάλυση των δυναμικών δεδομένων κατέδειξε μια αυξανόμενη συσσώρευση του [¹⁸F]PSMA-1007 στις εστίες ΚΠ. Οι εστίες ΚΠ είχαν μεγαλύτερη συγκέντρωση ραδιοφαρμάκου τόσο από την ουροδόχο κύστη όσο και το έντερο. Σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ πρόσληψης του [¹⁸F]PSMA-1007, του influx και του fractal dimension (FD) του ραδιοφαρμάκου. Συμπεράσματα Η [¹⁸F]PSMA-1007 PET/CT μπόρεσε να ανιχνεύσει εστίες ΚΠ στο 60% των ασθενών ενός μικτού πληθυσμού με βιοχημική υποτροπή και προοδευτική νόσο, μερικοί εκ των οποίων με πολύ χαμηλές τιμές PSA. Υψηλότερες τιμές PSA συσχέτιστηκαν με υψηλότερη ανιχνευσιμότητα [¹⁸F]PSMA-1007-θετικών εστιών ΚΠ. Επιπλέον, οι εστίες ΚΠ ανέδειξαν υψηλή δέσμευση και internalization του ραδιοφαρμάκου, εύρημα το οποίο μπορεί να αξιοποιηθεί στην επιλογή ασθενών κατάλληλων για ραδιονουκλιδική θεραπεία με ανάλογα PSMA.

ΑΑ 002 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΟΣΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»

Φραγκάκη Χριστίνα MD, PhD¹, Αρχοντάκη Θ. Αικατερίνη. MD¹

1. Πυρηνικός Ιατρός, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Ν. Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος»

Σκοπός: Χρησιμότητα του σπινθηρογραφήματος οστών στους ογκολογικούς ασθενείς του Γ.Ν.Χανίων και συσχέτιση με την εντόπιση της νόσου – καταγραφή από το νεοσύστατο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι πρώτοι 277 ασθενείς με σπινθηρογράφημα οστών που προσήλθαν στο τμήμα μας τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του. Έγινε συσχέτιση του κλινικού ιστορικού και του ιατρικού αρχείου του τμήματος.

Αποτελέσματα: 181/277 ασθενείς ήρθαν σε εμάς για αρχική σταδιοποίηση, εκ των οποίων 7/181 διερευνήθηκαν με σπινθηρογράφημα αρχικό και επανέλεγχου, μετά 3–6μήνες. 96/277 έκαναν επανασταδιοποίηση ενώ ο αρχικός τους έλεγχο είχε γίνει αλλού, εκ των οποίων 8/96 μελετήθηκαν με πρώτο και δεύτερο επανέλεγχου μετά 3–6μήνες για την απεικονιστική εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Ως προς την εντόπιση της νόσου, από τους 277, οι 101 ήταν με πρωτοπαθή καρκίνο προστάτη, 72 μαστού, 35 πνεύμονα, 9 ουροδόχου κύστεως, 9 παχέος εντέρου, 9 νεφρού, 3 αγνώστου πρωτοπαθούς, 2 ήπατος, 2 στομάχου, 1 μήτρας, 1 ωσθήκης, 1 μυελοειδές θυρεοειδούς, 1 με καρκινοειδές στομάχου, 1 χοληφόρων, 1 οισοφάγου, 1 με ΧΛΛ και 1 με λέμφωμα ΓΣ.

Σε 27/277 υπήρχε ιστορικό διπλού/πολλαπλού πρωτοπαθούς καρκίνου (7 προστάτου-παχέος εντέρου, 2 πνεύμονα-παχέος εντέρου και από έναν με προστάτου-πνεύμονα, προστάτου-ουροδόχου κύστεως, προστάτου-μυελοειδές θυρεοειδούς, προστάτου-πέους, προστάτου-σιελογόνων, προστάτου-ΜΔΣ, προστάτου-λευχαιμία, πνεύμονα-ΧΛΛ, πνεύμονα-ουροδόχου κύστεως, πνεύμονα-νεφρού, πνεύμονα-επιπεφριδίων, ήπατος-ουροδόχου κύστεως, μαστού-οστεοσαρκώματος, μαστού-θυρεοειδούς, μαστού-μήτρας, μαστού-ουροδόχου κύστεως, μαστού-ουροδόχου κύστεως-νεφρού και νεφρού-επιπεφριδίων-αμυγδαλής.).

Συμπεράσματα: Είναι εμφανές ότι το σπινθηρογράφημα οστών, παραμένει ένα ισχυρό εργαλείο στην διάγνωση και παρακολούθηση των ογκολογικών ασθενών και έχει ρόλο σε πολλά είδη νεοπλασιών.

ΑΑ 003 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ PET/CT ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹
1 Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
2 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την κλινική χρησιμότητα της απεικόνισης με τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET/CT) σε ασθενείς με καρκίνο του πρωκτού που υποβάλλονται σε ριζική ακτινοθεραπεία.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus και Cochrane Database of Systematic Reviews) σχετικά με το ρόλο του PET/CT στο σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας για Ca πρωκτού και στο follow-up μετά την ολοκλήρωσή της.

Αποτελέσματα: Για την ανίχνευση του πρωτοπαθούς όγκου, η ευαισθησία ήταν 99% για το PET/CT και 67% για τη CT, ενώ για τους βουβωνικούς λεμφαδένες το PET/CT είχε ευαισθησία 93% και ειδικότητα 76%. Σε ποσοστό 5.1 έως το 37.5% των ασθενών η σταδιοποίηση με PET/CT οδήγησε σε upstaging και σε ποσοστό 8.2 έως 26.7% σε downstaging. Τα πλάνα ακτινοθεραπείας τροποποιήθηκαν σε ποσοστό 12.5 έως 59.3% των ασθενών, τόσο μέσω της αλλαγής της δόσης όσο και της έκτασης των πεδίων. Η πλήρης ύφεση τεκμηριωμένη με PET/CT είναι ένας καλός προγνωστικός δείκτης για τη συνολική επιβίωση και το ελεύθερο προόδου διάστημα.

Συμπεράσματα: Το PET/CT έχει επιπρόσθετη αξία συγκριτικά με τη συμβατική απεικόνιση κατά την αρχική σταδιοποίηση ασθενών με νόσο σταδίου T2–T4. Απαιτείται ωστόσο περαιτέρω έρευνα για την επικύρωση αυτού το συμπεράσματος. Σχετικά με την αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και το follow-up δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθεί η συνήθης χρήση του.

ΑΑ 004 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹
1 Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
2 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η διερεύνηση του ρόλου της καθοδηγούμενης από ενσωματωμένο μαγνητικό τομογράφο ακτινοθεραπείας (MR-guided RT, MRgRT) για την αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του παγκρέατος.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus και Google Scholar) σχετικά με το ρόλο της MRgRT.

Αποτελέσματα: Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στη διαχείριση του καρκίνου του παγκρέατος ήταν, παραδοσιακά, περιορισμένος, λόγω της χορήγησης σχετικών χαμηλών δόσεων (45-54Gy), καθώς και της έλλειψης αποτελεσματικών συστηματικών θεραπειών. Η καθιέρωση αποτελεσματικών χημειοθεραπευτικών σχημάτων, όπως το FOLFIRINOX ή ο συνδυασμός Gemcitabine/Nab-paclitaxel, επανέφερε το ζήτημα του τοπικού ελέγχου της νόσου. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει τα τελευταία χρόνια πως η υποκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία μπορεί να αυξήσει τη συνολική επιβίωση. Η χορήγηση ωστόσο βιολογικά δραστικών σχημάτων θεωρείται πολύ δύσκολη λόγω της γεινιάσισης του παγκρέατος με ευαίσθητα φυσιολογικά όργανα και λόγω της κίνησης των οργάνων τόσο κατά τη διάρκεια της ακτινοβολήσης, όσο και μεταξύ των συνεδριών. Η πρόσφατη εισαγωγή ολοκληρωμένων συστημάτων MRgRT επιτρέπει τον ακριβή σχεδιασμό του όγκου-στόχου εξαιτίας της υψηλής αντίθεσης των μαλακών ιστών, καθώς και την παρακολούθηση της θέσης των οργάνων ενώ ακτινοβολείται ο ασθενής. Το πιο σημαντικό, ωστόσο, είναι η δυνατότητα της προσαρμογής του πλάνου θεραπείας, με τροποποίηση της κατανομής της δόσης, ενώ ο ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένος στο τραπέζι του γραμμικού επιταχυντή.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παγκρέατος έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή της MRgRT η οποία επιτρέπει την online προσαρμογή της θεραπείας και επομένως την κλιμάκωση της δόσης.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΑ 005 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ PSMA-PET ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹
1 Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
2 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΝΠ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Οι συμβατικές απεικονιστικές τεχνικές για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη (CT, MRI, σπινθηρογράφημα οστών) συχνά υποεκτιμούν την έκταση της νόσου. Σκοπός της παρουσίασης είναι η διερεύνηση του ρόλου του PSMA-PET στο σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας (ριζικής ή salvage) σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

Υλικό–Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus και Google Scholar) σχετικά με τον αναδυόμενο ρόλο της απεικόνισης με PSMA-PET σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη.

Αποτελέσματα: Η ανάπτυξη του PSMA (Prostate Specific Membrane Antigen) PET επιτρέπει την πιο ακριβή τεκμηρίωση των εντοπίσεων της νόσου, ιδιαίτερα σε κλινικά σενάρια όπως η πτελική λεμφαδενική νόσος, οι τοπικοπεριοχικές υποτροπές μετά από ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία και η ολιγομεταστατική νόσος. Ωστόσο, προς το παρόν δεν διαθέτουμε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες ή κλινικά δεδομένα σε βάθος χρόνου για το πως η απεικόνιση με PSMA-PET μπορεί να καθοδηγήσει το σχεδιασμό της ακτινοθεραπείας ή να αλλάξει συνολικά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του προστάτη και μεταβολικά ενεργή νόσο εκτός της πρωτοπαθούς εστίας.

Συμπεράσματα: Η ακριβής χαρτογράφηση της έκτασης της νόσου είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την καθοδήγηση της θεραπείας στην κλινική πράξη. Η απεικόνιση με PSMA PET δύναται να μεταβάλει σημαντικά σε μεγάλο ποσοστό τα πλάνα ακτινοθεραπείας και να αλλάξει το θεραπευτική προσέγγιση συνολικά. Απαιτούνται προοπτικές κλινικές μελέτες για να αποσαφηνίσουν το βέλτιστο ρόλο της εν λόγω απεικόνισης.

ΑΑ 006 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μαράτσος Αριστόδημος¹, Παντελάρος Νικόλαος²
1 Ιδιώτης Ιατρός Ακτινοδιαγνώστης
2 Ιδιώτης Ιατρός Γαστρεντερολόγος

Σκοπός: Ανάδειξη της αξίας του προληπτικού ελέγχου του παχέος εντέρου, κατά τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο της κοιλιακής χώρας.

Υλικό–Μέθοδοι: Παρουσιάζουμε δύο περιστατικά ασθενών, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε προληπτικό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο της άνω και κάτω κοιλίας, κατά την διάρκεια του οποίου αναδείχθηκαν από την εξέταση του παχέος εντέρου, πολυποειδείς ενδοαυλικές αλλοιώσεις, που αφορούν σε μία αλλοίωση στο κατώτερο κόλον και δύο αλλοιώσεις στο τυφλό. Ακολούθησε ενδοσκοπική επιβεβαίωση των βλαβών και αφαίρεση αυτών.

Αποτελέσματα: Οι ιστολογικές εξετάσεις ανέδειξαν στην μία περίπτωση in situ καρκίνωμα και στην έτερη αδενοκαρκίνωμα pT1. Κατόπιν προοδευτικών επανελέγχων με ενδοσκόπηση και ΥΤ, δεν κρίθηκε σκόπιμη η περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση, χειρουργική ή φαρμακευτική.

Συμπεράσματα: Ο προληπτικός έλεγχος του παχέος εντέρου, κατά τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο της κοιλίας, στα πλαίσια του δυνατού λόγω των περιορισμών της μεθόδου και των δεξιοτήτων του Ακτινοδιαγνώστη, απαιτεί λίγο χρόνο, μπορεί ωστόσο να προσφέρει στον ασθενή πρώιμη διάγνωση προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων, συνεισφέροντας σε περιορισμό της ανάγκης χειρουργικής αντιμετώπισης ή χημειοθεραπείας, με ότι αυτό συνεπάγεται για την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή εμφανίζει διεθνώς αυξημένη σημασία.

ΑΑ 007 ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΟΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΤΕΡΟΚΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΛΟΓΩ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Φώτη Λουίζα, Φραντζής Χρίστος, Νεοφύτου Ιωάννης, Παντελή Αλέξανδρος, Κούρρη Αρίστη, Παρτασίδης Βάιος

Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού υποτροπής καρκίνου παχέος εντέρου με επακόλουθη αποφρακτική ουροπάθεια και δημιουργία εντεροκυστικού συριγγίου.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής θήλυ 58 ετών με ατομικό ιστορικό καρκίνου σιγμοειδούς χειρουργηθέντος προ πενταετίας προσέρχεται σε σηπτική κατάσταση. Η ασθενής είχε υποβληθεί πρόσφατα σε διαδερμική παροχέτευση ενδοπυελικού αποστήματος με δημιουργία ιατρογενούς δερματικού συριγγίου, και παρουσίαζε αποβολή κοπράνων από τον ουροκαθετήρα. Στα πλαίσια της διερεύνησης πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας μετά την από του στόματος λήψη γαστρογραφίνης και πάρθηκαν εικόνες πριν και μετά τη χορήγηση ενδοφλέβιας σκιαγραφικής ουσίας.

Αποτελέσματα: Στην αξονική τομογραφία κοιλίας διαπιστώθηκε ιστός πυκνότητας μαλακών μορίων με ασαφή όρια και ενδεικτικές διαστάσεις 5,5εκ(ΕΓΚ) χ 3,6εκ.(ΠΟ) χ 5,4εκ(ΚΟ), ο οποίος παρουσίαζε ήπιο εμπλουτισμό και συνεχόταν αφενός με το σιγμοειδές στο σημείο της αναστόμωσης και αφετέρου με το δερματικό συρίγγιο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο που περιείχε φυσαλίδες αέρα. Η βλάβη διηθούσε το δεξιό πλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως, εγκλωβίζοντας το σύστοιχο ουρητήρα, και το τοίχωμα του ειλεού, προκαλώντας στένωση του αυλού του και προστενωτική διάταση του λεπτού εντέρου. Παρατηρήθηκαν επίσης παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες, με κυστική εκφύλιση/νέκρωση και επασβεστώσεις, διαμέτρου έως 2,5εκ., κατά μήκος των δεξιών λαγόνιων αγγείων.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα έθεσαν την υποψία κακοήθειας, και ειδικότερα υποτροπής του καρκίνου του παχέος εντέρου με τοπικά εκτεταμένη νόσο και μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες.

ΑΑ 008 ΔΕΣΜΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Γιουτλάκη Ελένη, Ζμπόγκο Αλμπάνα-Ευγενία, Παρλαμένη Καλλιόπη, Καστή Ειρήνη, Καλαμαρά Χρυσούλα, Λαμπροπούλου Πηνελόπη, Δρόσος Χαράλαμπος

Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με δεσμοειδή όγκο με την χρήση της αξονικής τομογραφίας.

Υλικό και μέθοδοι: Ασθενής, 30 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους, αδυναμία και καταβολή. Πραγματοποιείται αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, μετά την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας, όπου αναδεικνύεται η παρουσία μορφώματος, διαστάσεων 7,3Χ6,5εκ., το οποίο εμφανίζει πυκνότητα μαλακού ιστού. Το εν λόγω μόρφωμα εντοπίζεται στο ύψος του δεξιού λαγονίου βόθρου, έρχεται σε άμεση επαφή με το σιγμοειδές, προκαλώντας πιεστικά φαινόμενα, με εικόνα διάτασης των ελίκων του λεπτού. Ελέγχεται συλλογή υγρού μεταξύ των εντερικών ελίκων και βαθμός ασαφопоίησης των μεσεντερίου λίπους.

Αποτελέσματα: Ακολούθησε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος και η ιστολογική εξέταση ανέδειξε την παρουσία δεσμοειδούς όγκου.

Συμπεράσματα: Ο δεσμοειδής όγκος είναι νόσος του συνδετικού ιστού και αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια ογκολογική οντότητα. Μπορεί να εντοπίζεται σε οποιαδήποτε ανατομική θέση, με συνηθέστερες αυτές του κοιλιακού τοιχώματος και του μεσεντερίου. Δε μεθίσταται σε απομακρυσμένα όργανα αλλά παρουσιάζει υψηλά ποσοστά τοπικών υποτροπών. Συνήθως εμφανίζεται σποραδικά και η αιτιολογία του είναι άγνωστη, αν και έχει συσχετισθεί με σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης και ιστορικό τραύματος ή χειρουργικής επέμβασης. Οι δεσμοειδείς όγκοι είναι συνήθως ασυμπτωματικοί. Η διαφορική διάγνωση όταν αυτό εντοπίζεται στο μεσεντήριο, περιλαμβάνει το λέμφωμα, τα GIST και τα ινοσαρκώματα. Οι περισσότεροι δεσμοειδείς όγκοι είναι καλώς οριοθετημένες μάζες, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να φαίνονται πιο επιθετικοί με ακανόνιστα όρια. Στην υπολογιστική τομογραφία οι όγκοι εμφανίζονται με σχετικά σαφή όρια και πυκνότητα παρόμοια με αυτή των μαλακών μορίων. Μετά την χορήγηση του σκιαγραφικού ο όγκος ελέγχεται με αυξημένη ενίσχυση. Μετά από επιβεβαίωση με βιοψία του δεσμοειδούς όγκου συστήνεται στενή παρακολούθηση, εκτός εάν τα αυξημένες διαστάσεις αυτού μπορεί να προκαλούν πιεστικά φαινόμενα ή λειτουργικές διαταραχές (π.χ. απόφραξη εντέρου). Σε αυτή την περίπτωση η ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση. Σε περιπτώσεις μη εξαιρέσιμων όγκων η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

ΑΑ 009 Η ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΑΓΓΛΙΩΜΑΤΟΣ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γιουτλάκη Ελένη, Ζμπόγκο Αλμπάνα-Ευγενία, Παρλαμένητη Καλλιόπη, Καστή Ειρήνη, Καλαμαρά Χρυσούλα, Λαμπροπούλου Πηνελόπη, Δρόσος Χαράλαμπος

Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με παραγαγγλίωμα με την χρήση της αξονικής τομογραφίας.

Υλικό και μέθοδος: Ασθενής, 40 ετών, προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, λόγω διάχυτου κοιλιακού άλγους, αδυναμία, καταβολή και υπέρταση. Πραγματοποιείται αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας, μετά την χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας, όπου αναδεικνύεται ένα ευμέγεθες μόρφωμα, διαστάσεων 6,2Χ5,0εκ., το οποίο προβάλλει δεξιά της μέσης γραμμής- οπισθοπεριτοναϊκά και οπισθίως της κεφαλής του παγκρέατος, με την οποία έρχεται σε επαφή. Το μόρφωμα εμφανίζει έντονη ανομοιογενή ενίσχυση στην αρτηριακή φάση, με εικόνα τήξεως εντός αυτού. Η εν λόγω αλλοίωση ασαφροποιεί το περιφερικό στέλεχος της πυλαίας φλέβας και την συμβολή της σπληνικής φλέβας με την άνω μεσεντέρια φλέβα καθώς και τμήμα της κάτω κοίλης φλέβας. Στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνεται το φαιοχρωμοκύττωμα και το παραγαγγλίωμα, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται άλλου τύπου αλλοίωση.

Αποτελέσματα: Ακολούθησε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος και η ιστολογική εξέταση ανέδειξε την παρουσία παραγαγγλιώματος.

Συμπεράσματα: Το παραγαγγλίωμα είναι ένας σπάνιος ενδοκρινής όγκος που αναπτύσσεται στα κύτταρα του περιφερικού νευρικού συστήματος και παρομοιάζεται με το φαιοχρωμοκύττωμα (εξωεπινεφριδικό φαιοχρωμοκύττωμα). Το παραγαγγλίωμα του συμπαθητικού συστήματος παράγει αδρεναλίνη (κυρίως εντοπίζεται στο όργανο του Zuckerkandl, κατά μήκος του κατώτερου τμήματος της κοιλιακής αορτής), ενώ μπορεί να είναι μη ορμονοπαραγωγά, είτε να παράγει μόνο νοραδρεναλίνη. Οι ασθενείς μπορεί να παραμένουν ασυμπτωματικοί ή να εμφανίσουν υπέρταση, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, εφίδρωση, κεφαλαλγία και κοιλιακό άλγος. Τα περισσότερα παραγαγγλίωματα είτε εμφανίζονται σποραδικά, είτε στα πλαίσια κλινικών συνδρόμων (von Hippel-Lindau, μεταλλάξεις στο SDHB γονίδιο, σύνδρομο MEN 2). Στην υπολογιστική τομογραφία, το παραγαγγλίωμα εμφανίζεται ως μια ανομοιογενή μάζα, με πυκνότητα >10 μονάδες Hounsfield (HU), με έντονη ενίσχυση μετά την χορήγηση του σκιαγραφικού και καθυστερημένη έκπλυση αυτού, στην παρατεταμένη φάση. Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.

ΑΑ 010 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γιουτλάκη Ελένη, Ζμπόγκο Αλμπάνα-Ευγενία, Παρλαμένητη Καλλιόπη, Καστή Ειρήνη, Καλαμαρά Χρυσούλα, Λαμπροπούλου Πηνελόπη, Δρόσος Χαράλαμπος

Τμήμα Αξονικού Τομογράφου, Κέντρο Νεότερων Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων, ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στις σημαντικές επιπλοκές σε ογκολογικούς ασθενείς για τις οποίες η αξονική τομογραφία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση τους.

Υλικό και μέθοδος: Οι κυριότερες επείγουσες επιπλοκές είναι ο υποδρεπνίτις και διασκηνιδιακός εγκελευασμός σε μεταστάσεις εγκεφάλου, το σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, η πνευμονική εμβολή και η φλεβική θρόμβωση των άκρων, οι ουδετεροπενικές λοιμώξεις, ο αποφρακτικός ειλεός και η διάτρηση του πεπτικού σωλήνα και η συμπίεση του νωτιαίου μυελού.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα εργασία μέσα από την περιγραφή ποικίλων περιστατικών θα γίνει λεπτομερής αναφορά σε όλα τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας που πρέπει ο κάθε ακτινολόγος να γνωρίζει για να διαγιγνώσκει τις παραπάνω επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Ο αριθμός των ογκολογικών περιστατικών αυξάνεται ραγδαία καθημερινά. Η χρήση των απεικονιστικών μεθόδων όπως και η εξοικείωση των ακτινολόγων στην ανεύρεση και την διάγνωση των επιπλοκών αυτών, οδηγεί στην κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση έτσι ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης των ασθενών αυτών.

AA 011 ΒΕΛΤΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΕΙΚΟΝΩΝ 2D ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (IGRT)

Βελώνης Μάριος^{1,2}, Χατζηγιάννου Κωνσταντίνος¹, Παπαβασιλείου Περικλής³, Κιμούνη Ουρανία¹, Κωδωνά Χιονία¹, Γρηγοριάδης Ιωάννης¹, Γιαννουζάκος Βασίλειος⁴, Παπαναστασίου Εμμανουήλ⁵, Σιούντας Αναστάσιος⁵, Καραϊσκος Παντελής⁶ & Σεϊμένης Ιωάννης⁶

1. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
2. Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
3. Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
4. Τμήμα Ακτινοθεραπείας Γ.Ν.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ
5. Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Τμήμα Ιατρικής Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
6. Τμήμα Ιατρικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκοπός: Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας απαιτούν τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια στην τοποθέτηση του ασθενούς, η οποία επιτυγχάνεται με τη λήψη 2D/3D εικόνων με το ενσωματωμένο στον Γραμμικό Επιταχυντή σύστημα απεικόνισης (On Board Imager). Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η αξιολόγηση και τροποποίηση των προεπιλεγμένων πρωτοκόλλων λήψης 2D εικόνων, με στόχο τη μείωση της δόσης στον ασθενή χωρίς όμως υποβάθμιση της ποιότητας απεικόνισης.

Υλικό και μέθοδος: Ομοίωμα τύπου TOR_FG-18 μέτρησης διακριτικής ικανότητας χαμηλής και υψηλής αντίθεσης (Δ.Ι.Χ.Α. & Δ.Ι.Υ.Α., αντίστοιχα), τοποθετήθηκε στο κέντρο PMMA ομοιωμάτων που προσομοίωζαν κεφαλή και πύελο ασθενών. Αρχικά, λήφθηκαν προσθιοπίσθιες και πλάγιες ακτινογραφίες των ομοιωμάτων χρησιμοποιώντας τα προεπιλεγμένα πρωτόκολλα λήψης, ενώ μετρήθηκε η δόση εισόδου ε αξιολογήθηκε η ποιότητα απεικόνισης. Ακολούθως, λήφθηκε πλήθος ακτινογραφιών με διαφορετικούς συνδυασμούς στοιχείων λήψης (kV, mAs), μετρήθηκε η δόση εισόδου και η ποιότητα των εικόνων για κάθε συνδυασμό και επιλέχθηκαν τα βέλτιστα πρωτόκολλα λήψης για κεφαλή και πύελο. Τα βελτιστοποιημένα πρωτόκολλα εφαρμόστηκαν πιλοτικά σε 10 ασθενείς προς επιβεβαίωση της δυνατότητας κλινικής εφαρμογής τους.

Αποτελέσματα: Η Δ.Ι.Χ.Α. εμφανίζει ισχυρή εξάρτηση από τα kV και mAs, σε αντίθεση με την Δ.Ι.Υ.Α. που επηρεάζεται ασθενώς. Η βελτιστοποίηση των πρωτοκόλλων λήψης επέφερε μείωση της δόσης κατά 49% και 29% στην προσθιοπίσθια και πλάγια λήψη κεφαλής, και κατά 29% και 27% στην προσθιοπίσθια και πλάγια λήψη πύελου, χωρίς αξιολογήσιμη υποβάθμιση της ποιότητας εικόνας. Τα βελτιστοποιημένα πρωτόκολλα εντάχθηκαν επιτυχώς στην κλινική πράξη.

Συμπεράσματα: Δεδομένου του πλήθους των ακτινοθεραπευτικών συνεδριών και των αντίστοιχων απεικονιστικών λήψεων, η βελτιστοποίηση των πρωτοκόλλων απεικόνισης μπορεί να επιφέρει σημαντική μείωση στη συνολική ακτινική επιβάρυνση των ασθενών.

AA 012 DOSIOMICS ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΑΣ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Χατζηγιάννου Κωνσταντίνος², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹

1. Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη
2. Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η ακτινική ανάλυση απέδειξε ότι μπορεί να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων στη βάση της εξατομικευμένης ιατρικής έχοντας προβλεπτικό και προγνωστικό ρόλο. Όταν στα ακτινικά μοντέλα προστίθεται η κατανομή της δόσης του πλάνου θεραπείας, τότε η ανάλυση ονομάζεται δοσιονομική (dosimomics).

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε βιβλιογραφική έρευνα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus και Google Scholar) σχετικά με το ρόλο των dosimomics στην πρόβλεψη της ακτινικής πνευμονίτιδας σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

Αποτελέσματα: Ο Liang και οι συνεργάτες του κατάφεραν να εξαγάγουν 129 δοσιονομικά χαρακτηριστικά από την κατανομή δόσης του σύστοιχου και αντίστοιχου πνεύμονα σε 70 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν με μετρήσεις δόσης και δόσης-όγκου (π.χ. MLD, V5) και με μοντέλα NTCP. Η ικανότητα πρόβλεψης από κάθε μεμονωμένο χαρακτηριστικό αξιολογήθηκε από την AUC και έδειξε την υπεροχή της δοσιονομικής ανάλυσης έναντι των μετρήσεων δόσεων-όγκου και συγκρίσιμα αποτελέσματα πρόβλεψης με τα μοντέλα NTCP. Τα χαρακτηριστικά που έδειξαν τη μεγαλύτερη ικανότητα πρόβλεψης αφορούσαν στο σύστοιχο πνεύμονα. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η δοσιονομική ανάλυση υπερτερεί έναντι της MLD και V5, αφού οι τελευταίες έχουν παρόμοια φιλοσοφία και δεν περιέχουν επιπρόσθετη προβλεπτική πληροφορία.

Συμπεράσματα: Η δοσιονομική ανάλυση είναι πολλά υποσχόμενη στο ερευνητικό πεδίο της πρόβλεψης των παρενεργειών των οργάνων σε κίνδυνο από ακτινοθεραπεία, αλλά ίσως και της πρόγνωσης όσον αφορά στον όγκο προς θεραπεία. Χρειάζονται περισσότερες κλινικές μελέτες προτού ενσωματωθεί στο workflow της ακτινοθεραπείας.

ΑΑ 013 Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ ΟΣΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Χατζηγιάννου Κωνσταντίνος², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹

1 Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

2 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας από τη χρήση της 2D-kV απεικόνισης κατά τη διαδικασία της επιβεβαίωσης της θέσης του ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία του προστάτη συγκριτικά με την τρισδιάστατη απεικόνιση με αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (Cone Beam CT, CBCT).

Υλικό-Μέθοδοι: Σε 15 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη που υποβλήθηκαν σε ριζική ακτινοθεραπεία μελετήθηκε η επάρκεια της επιβεβαίωσης θέσης με 2D-kV απεικόνιση, που επιτρέπει τη διόρθωσή της με οδηγό τις οστικές δομές της πυέλου. Η σύγκριση έγινε με την τρισδιάστατη απεικόνιση CBCT που λαμβάνεται αμέσως μετά τη διόρθωση της θέσης του ασθενούς με 2D-kV. Σε δεύτερο χρόνο (offline) μελετήθηκαν η στόχευση δομών όπως ο προστάτης, οι σπερματοδόχες κύστεις και οι πυελικοί λεμφαδένες στους αντίστοιχους σχεδιασμένους όγκους (Planning Treatment Volumes) του πλάνου θεραπείας, που εμπεριέχουν κατάλληλο περιθώριο ως προς τις τρεις διαστάσεις. Συνολικά μελετήθηκαν 95 αξονικές τομογραφίες κωνικής δέσμης για τη σύγκριση αντίστοιχων τοποθετήσεων ασθενών.

Αποτελέσματα: Στις 95 αξονικές τομογραφίες κωνικής δέσμης, η σύμπτωση του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων και των λεμφαδένων της πυέλου στους όγκους που σχεδιάστηκαν για την ακτινοθεραπεία ήταν 98%, 92% και 100%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η μέθοδος διόρθωσης της θέσης των οστικών δομών του ασθενούς κατά την ακτινοθεραπεία εξασφαλίζει επαρκή ακρίβεια για τη στόχευση των όγκων προς ακτινοβόληση για το συγκεκριμένο πρωτόκολλο σχεδιασμού. Βελτίωση απαιτήθηκε για τις σπερματοδόχους κύστεις ως προς την προετοιμασία των ασθενών (ορθό και ουροδόχος κύστη) πριν τη θεραπεία και λιγότερο ως προς τη μέθοδο της απεικονιστικής καθοδήγησης.

ΑΑ 014 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ RADIOMICS ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Καμπέρης Ευστάθιος¹, Κωδωνά Χιονία², Γιαννουζάκος Βασίλειος¹

1 Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

2 Τμήμα Ιατρικής Φυσικής, ΓΠΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Σκοπός: Η διερεύνηση της μεθοδολογίας των radiomics και ο ρόλος τους στη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα.

Υλικό-Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε βιβλιογραφική έρευνα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Scopus και Google Scholar) για τη μεθοδολογία και τη χρησιμότητα των radiomics στην ογκολογία γενικά και τη συνεισφορά τους στον καρκίνο του πνεύμονα ειδικά.

Αποτελέσματα: Η έννοια των radiomics αναφέρεται στην εξονυχιστική άντληση ποσοτικών χαρακτηριστικών από τις εικόνες της ιατρικής απεικόνισης, η δομή των οποίων καθορίζεται μερικώς από τον ιστοπαθολογικό φαινότυπο και γονότυπο του όγκου. Επίσης, αναφέρεται στην ανάλυση και μοντελοποίησή τους σε σχέση με διάφορα κλινικά καταληκτικά σημεία. Τα δεδομένα μπορούν να αναλυθούν μόνα τους ή συνδυαστικά με άλλα "omics", π.χ. genomics, και κλινικές πληροφορίες. Ο τελικός στόχος είναι η κατασκευή πολυκλαδικών συστημάτων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων. Στην κλινική πράξη δεν είναι δυνατό να υποβληθεί σε βιοψία κάθε εντόπιση ενός όγκου σε πολλαπλά χρονικά σημεία. Αντιθέτως, η απεικόνιση συλλαμβάνει την ετερογένεια εντός του όγκου με έναν μη-επεμβατικό τρισδιάστατο τρόπο και μπορεί να ληφθεί πολλές φορές ως μέρος της συνήθους κλινικής φροντίδας. Για την περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα τα σύγχρονα ερευνητικά ζητήματα είναι ο συσχετισμός του φαινότυπου με τη γενετική, η πρόβλεψη της κλινικής έκβασης, καθώς και η παρακολούθηση της ανταπόκρισης στις θεραπείες για λήψη κλινικών αποφάσεων.

Συμπεράσματα: Τα radiomics είναι ένας αναπτυσσόμενος ερευνητικός τομέας στην εποχή της εξατομικευμένης ιατρικής. Είναι μη επεμβατικός, οικονομικός και επαναλήψιμος με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα στη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

AA 015 ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Κοντάκη Θεοδοσία¹, Καραπασιάς Νικόλαος¹, Κασιρής Νικόλαος¹, Μάρκου Ανδρέας², Σίσκας Δημήτριος¹, Ποζουκίδης Χριστόφορος¹

1. Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

Σκοπός: Η απεικόνιση με την Μαγνητική Τομογραφία άνω κοιλίας και τη Μαγνητική Χολαγγειογραφία (MRCP) των ευρημάτων σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη διά βιοψίας κακοήγη νόσο του χοληφόρου συστήματος, που εξετάστηκαν στο εργαστήριό μας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους.

Υλικό και Μέθοδοι: Από τον Οκτώβριο του 2018 έως και το Σεπτέμβριο του 2019, διενεργήθηκε MRI άνω κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαστικού και MRCP σε 7 ασθενείς με κακοήγη νόσο των χοληφόρων (χολαγγειο-Ca), 5 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας 61-85 ετών (μέσος όρος ηλικίας 76 έτη). Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν στο Εργαστήριό μας για διερεύνηση ανώδνου ίκτερου, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις είχε προηγηθεί Υπερηχογράφημα και Αξονική Τομογραφία.

Αποτελέσματα: Με βάση την εντόπιση, έγινε και η ταξινόμηση των μαζών: σε 4 ασθενείς ο όγκος βρισκόταν στην περιοχή της πύλης του ήπατος στη συμβολή των ηπατικών πόρων (Klatskin tumor), ενώ σε 3 ήταν εξωηπατικός (στον κοινό ηπατικό ή το χοληδόχο πόρο). Η απεικόνιση σε όλους τους ασθενείς κατέδειξε απότομη διακοπή της συνέχειας του χοληφόρου συστήματος, λόγω διήθησης από τη μάζα με διάταση κεντρικότερα, ενώ περιφερικότερα της διήθησης το εύρος ήταν φυσιολογικό. Η μάζα σε 3 περιπτώσεις δεν ήταν διακριτή. Μετα – εστίες ήπατος απεικονίσθηκαν σε 2 ασθενείς.

Τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με τη διενέργεια ενδοσκοπησης και τη λήψη βιοψίας και ακολούθησε η ανάλογη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Συμπεράσματα: Σε περιπτώσεις ανώδνου αποφρακτικού ίκτερου, η Μαγνητική Χολαγγειογραφία (MRCP) μπορεί να καταδείξει με ακρίβεια το επίπεδο της απόφραξης του χοληφόρου συστήματος, βοηθώντας καθοριστικά στη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς.

AA 016 ΑΤΥΠΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ (ADH, ALH) ΚΑΙ IN SITU ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ (DCIS, LCIS). ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (CASE REPORT).

Καρουακατζής Θωμάς¹, Τιμπλαλέξη Δέσποινα³, Φώτη Έλενα¹, Μουνδρέα Μαριάνθ²

1. Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν.Αθηνών «Γ.Γεννηματάς».
2. Ακτινολογικό Εργαστήριο Ε.Α.Ν.Πειραιά «Μεταξά».
3. Παθολογικό νοσοκομείο Αθηνών Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη».

Σκοπός: Η άτυπη πορογενής υπερπλασία (ADH), αλλά και η άτυπη λοβιακή υπερπλασία (ALH), αποτελούν βλάβες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Συχνά συνυπάρχουν ή προαναγγέλλουν την παρουσία ενός in situ καρκινώματος (DCIS, LCIS). Σκοπός της εργασίας μας είναι να αναδείξουμε τα ιδιαίτερα απεικονιστικά χαρακτηριστικά των προκαρκινικών αυτών βλαβών, όπως αυτά ανευρίσκονται στις εξετάσεις προληπτικού ή διαγνωστικού ελέγχου σε μια γυναίκα. Επίσης στόχος μας είναι να διευκρινίσουμε την αναγκαιότητα της διαγνωστικής εξέτασης εκλογής ανά περίπτωση και την ορθή διαχείριση των ασθενών στον προεγχειρητικό έλεγχο.

Υλικό - Μέθοδοι: Βιβλιογραφική ανασκόπηση και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, βοηθούν να οριοθετήσουμε την ορθή διαχείριση των ασθενών με άτυπη πορογενή ή λοβιακή υπερπλασία. Επίσης θα παρουσιάσουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό (case report) μιας ασθενούς 43 ετών με συνύπαρξη ευρημάτων άτυπης υπερπλασίας και καρκίνου του μαστού και με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στον τρόπο διαχείρισης και θεραπείας που ακολούθησε.

Αποτελέσματα: Ενίοτε μη ειδικά μαστογραφικά ευρήματα, απαιτούν συμπληρωματικό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο ή και μαγνητική μαστογραφία για την απεικονιστική εκτίμηση των βλαβών. Διαθερμική κατευθυνόμενη βιοψία (core biopsy) θέτει την τελική διάγνωση.

Συμπεράσματα: Η ορθή διαγνωστική εκτίμηση αλλά και η ορθή θεραπευτική διαχείριση των ασθενών με άτυπη υπερπλασία, απαιτεί γνώση και εμπειρία με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των βλαβών αυτών.

ΑΑ 017 ΙΡΜΝ - ΕΝΔΟΠΟΡΙΚΑ ΘΗΛΩΔΗ ΒΛΕΝΝΩΔΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΚΥΣΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΟΛΟ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ.

Παπαϊωάννου Σοφία, Χάβαρη Χριστιάνα, Ρήγκας Αθανάσιος, Γιαταγάνας Γεώργιος.

Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η απεικονιστική διερεύνηση των ενδοπορικών θηλωδών βλεννωδών όγκων του παγκρέατος.

Υλικό – Μέθοδοι: Οι (ΙΡΜΝ) είναι κυστικοί όγκοι του παγκρέατος που βρίσκονται στην κεφαλή ή το σώμα του και έχουν άμεση επικοινωνία με τον κύριο παγκρεατικό πόρο ή τους μικρούς εκφορητικούς πόρους. Οι όγκοι αυτοί προέρχονται από το επιθήλιο των πόρων. Βάσει της εντόπισης του γίνεται και η ταξινόμηση. Η ταξινόμηση απεικονιστικά πραγματοποιήθηκε με μαγνητική τομογραφία (MRI) και μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP) σε μαγνητικό τομογράφο 3ΤΕSΛΑ.

Αποτελέσματα: Η ταξινόμηση συνέβαλε στην χειρουργική εκτομή κάποιων εξ αυτών, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις κρίθηκε σκόπιμη η παρακολούθησή. Σε όλες τις περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίος ο περαιτέρω έλεγχος με ΕUS και διενέργεια FNA σε κάποια από τα περιστατικά.

Συμπεράσματα: Ο λεπτομερής απεικονιστικός έλεγχος των ΙΡΜΝ, είναι απαραίτητός τόσο για την σωστή αντιμετώπιση όσο και για τη σωστή διάγνωση και διαφοροδιάγνωση από άλλες κυστικές βλάβες του παγκρέατος.

ΑΑ 018 ΑΙΜΑΓΓΕΙΟΒΛΑΣΤΩΜΑ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΒΟΘΡΟΥ-ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Καστή Ειρήνη¹, Γλεντής Νικόλαος¹, Παπαπαναγιώτου Νικόλαος¹, Γεωργιάδης Μάριος², Τσιομπάνου Ελένη¹, Ζορμπάς Μιχαήλ³, Σουλούνια Ελένη¹, Δελαπόρτα Ειρήνη¹

1. Ιατρός Ακτινολόγος
2. Επεμβατικός Ακτινολόγος
3. Τεχνολόγος Ακτινολόγος

Τμήμα Υπολογιστικής-Μαγνητικής Τομογραφίας Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου

Σκοπός: Σκοπός μας, η απεικονιστική προσέγγιση με ΥΤ και ΜΤ περιστατικού με επιβεβαιωμένη βιοψία αιμαγγειοβλαστώματος στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο. Το αιμαγγειοβλάστωμα είναι όγκος αγγειακής αρχής (WHO grade I) που αποτελεί το 1-2,5% των πρωτοπαθών όγκων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Συνήθεστερα εμφανίζεται σποραδικά κατά 80% αλλά υπάρχει και ο συγγενής τύπος στα πλαίσια του συνδρόμου Von Hippel Lindau (VHL). Συνήθως αφορά άνδρες 30-60 ετών όταν συνδέεται με VHL. Εντοπίζεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο, 95% και στον νωτιαίο μυελό 3-13%. Σπανιότερα κυρίως σε ασθενείς με VHL εντοπίζεται και στα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Στο σύνδρομο VHL γενικότερα έχουμε ανάπτυξη αιμαγγειοβλαστωμάτων στον αμφιβληστροειδή και στο ΚΝΣ και παρουσία πολλαπλών καλοηθών και κακοηθών όγκων σε πολλά άλλα όργανα του σώματος με συχνότητα 1/36.000.

Υλικό-Μέθοδοι: Άρρεν, 70 ετών με απεικόνιση ΥΤ και ΜΤ εγκεφάλου με έγχυση σκιαγραφικής και παραμαγνητικής ουσίας. Ακολούθησε βιοψία και χειρουργική εξαίρεση (μετεγχειρητική ΥΤ) του όγκου.

Αποτελέσματα: Αναγνωρίζεται εξεργασία οπισθίου κρανιακού βόθρου, οπισθίως του σκώληκα ανομοιογενής, με συμπαγή, νεκρωτικά και αιμορραγικά στοιχεία, έντονα εμπλουτιζόμενη. Ακολούθησε βιοψία και χειρουργική εξαίρεση .

Συμπεράσματα: Απεικονιστικά 60% το αιμαγγειοβλάστωμα απεικονίζεται ως ομοιογενής αλλοίωση με κυστικό στοιχείο και τοιχωματικό όζο που ενισχύεται έντονα μετά σκιαγραφικό. Κατά 40% η αλλοίωση είναι συμπαγής χωρίς κυστικό στοιχείο και έντονη πρόσληψη σκιαγραφικής ουσίας.

ΑΑ 019 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΛΟΓΩ ΕΓΚΟΛΕΑΣΜΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Γκλαντζούνη Αναστασία, Πασσάς Γεώργιος, Αρκουμάνη Ελισάβετ, Κώστας Μιλτιάδης, Θεοδώρου Δάφνη, Τμήμα Αξονικού και Μαγνητικού Τομογράφου, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Γ. Χατζηκώστα"

Σκοπός: Η μεταστατική εκδήλωση μελανώματος στο γαστρεντερικό σύστημα είναι σπάνια. Επίσης σπάνιος είναι και ο εγκολεασμός λεπτού εντέρου σε ενήλικες λόγω μεταστατικής νόσου, με πρώτη σε συχνότητα πρωτοπαθής εστία, το μελάνωμα. Αυτό μεθιστάται αιματογενώς στο ΓΕΣ, με προτίμηση το λεπτό έντερο. Παρουσία εξωαυλικών μαζών μπορεί να παρατηρηθεί και στο μεσεντέριο. Ασθενείς με μεμονωμένες μεταστάσεις λεπτού εντέρου έχουν καλύτερη πρόγνωση αν αντιμετωπιστούν έγκαιρα χειρουργικά.

Κλινικά κυμαίνονται από ασυμπτωματικές, άτυπο κοιλιακό άλγος μέχρι σπανιότερα εικόνα εγκολεασμού.

Στη διάγνωσή τους σημαντικό ρόλο παίζει η απεικόνιση με CT αλλά και με MRI, FDG-PET.

Σκοπός της παρουσίας είναι η ανάδειξη των απεικονιστικών ευρημάτων της νόσου με CT κοιλίας, συμβάλλοντας στην έγκαιρη διάγνωση.

Υλικό-Μέθοδοι: Άρρεν, ηλικίας 71 χρόνων, προσήλθε με οξύ κοιλιακό άλγος, ναυτία και έμετο.

Ο ασθενής είχε ιστορικό χειρ/ντος μελανώματος δέρματος, με ηπατικές μεταστάσεις υπό ΧΜΘ. Πραγματοποιήθηκε U/S και CT κοιλίας.

Αποτελέσματα: Ο U/S έλεγχος ανέδειξε διάταση ελίκων λεπτού εντέρου και εικόνα «στόχου» ("pseudokidney sign"), συμβατή με εγκολεασμό. Ο περαιτέρω CT έλεγχος επιβεβαίωσε τη διάγνωση του εγκολεασμού του λεπτού εντέρου ("doughnut sign") με εικόνα «μάζας» στο κέντρο του, ενώ αναδείχθηκε και 2η εστία ατελούς εγκολεασμού ελίκων λεπτού εντέρου. Πρόσθετες οζώδεις «μάζες» ανευρέθηκαν ενδοπεριτοναϊκά και στο υποδόριο. Τέθηκε η περίπτωση οι βλάβες να αποτελούν δευτεροπαθείς εστίες μελανώματος που απεδείχθη χειρουργικά.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικός ο ρόλος της απεικόνισης, στην πρώιμη διάγνωση της μεταστατικής νόσου του μελανώματος στο ΓΕΣ. Για την καλύτερη πρόγνωση της νόσου θα πρέπει να τίθεται και να διερευνάται αυτή η περίπτωση, σε ασθενείς με μελάνωμα και κοιλιακά συμπτώματα.

ΑΑ 020 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΕΙΛΕΟΥ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καραχάλιου Μαρία, Αναγνωστόπουλος Φώτης, Σπυριδωνίδης Ιωάννης, Παπαγεωργίου Χρήστος, Κυριακοπούλου Μαρία

Κλινικό Εργαστήριο Ακτινολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Σκοπός: Τα νεοπλασμάτα του λεπτού εντέρου είναι μια σπάνια κλινική οντότητα, αποτελώντας < 5% των όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα και μόλις το 0,6% όλων των καρκίνων.

Υλικό-Μέθοδοι: Ασθενής 47 ετών, ασυμπτωματικός, υποβάλλεται προληπτικά σε κολονοσκόπηση στην οποία ανευρίσκεται οίδημα και υπεραιμία στην ειλεοτυφλική συμβολή. Ακολούθησε CT κοιλίας που ανέδειξε ανώμαλη πάχυνση του τοιχώματος της τελικής έλικας του ειλεού με συνύπαρξη παθολογικών επιχώριων λεμφαδένων. Λόγω αδυναμίας λήψης βιοψίας από το πολυλοβωτό μόρφωμα στον τελικό ειλέο που ανευρέθη σε επόμενη κολονοσκόπηση, ο ασθενής υποβλήθηκε σε δεξιά κολεκτομή. Η ιστοπαθολογική ανάλυση ανέδειξε την παρουσία νευροενδοκρινούς όγκου εκ του ειλεού, βαθμού κακοήθειας Grade I κατά CAP jejunum/ileum NET Protocol, ενώ πραγματοποιήθηκε και ανοσοϊστοχημικός έλεγχος.

Αποτελέσματα: Με αφορμή το περιστατικό, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην οποία επισημαίνεται η σπανιότητα τόσο των όγκων του λεπτού εντέρου όσο και των νευροενδοκρινών όγκων, παρά την αύξηση της επίπτωσής τους τα τελευταία χρόνια.

Συμπεράσματα: Αν και σπάνια κλινική οντότητα, ο ακτινολόγος οφείλει να γνωρίζει τα απεικονιστικά της ευρήματα και τη διαφορική διάγνωση, ώστε να εγείρει την υποψία και να συμβάλλει στη διάγνωση και την έγκαιρη αντιμετώπιση.



CONNECT WITH PURPOSE



Περατέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.

ROCHE (Hellas) A.E.

Αλαμάνος 4 & Δελφών 151 25 Μαρούσι, Αττική
Τηλ.: 210 6166100, fax: 210 6166159
email: hellas.medinfo@roche.com

Ελλάδα 800 111 93 00 (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)
Κύπρος 800 92 668 (δωρεάν γραμμή επικοινωνίας)

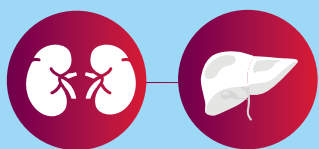
▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχής παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Πρέπει να γίνεται αναφορά των ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει επίσης να αναφέρονται στη Roche (Hellas) A.E. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με τη Μονάδα Φαρμακοεπαγρύπνησης της Roche (Hellas) A.E., είτε αποστέλλοντας e-mail (hellas.drugsafety@roche.com), είτε τηλεφωνικά (+30 210 6166100).



PRIX GALIEN GREECE
Αθήνα 2019
ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΒΙΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ
www.prixgalien.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Ανασφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ** τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»





CABOMETYX[®]
(cabozantinib) tablets
60 mg | 40 mg | 20 mg

Η νέα αποδεδειγμένα αξιόπιστη θεραπευτική επιλογή από του στόματος

στην αντιμετώπιση του
καρκίνου του νεφρού^{1,2} και του
ηπατοκυτταρικού καρκίνου³.



15 CABO-B/ΔΕΚ 2018

Ο νέας γενιάς αναστολέας TKI που μέσω του μηχανισμού δράσης του στοχεύει στην τριπλή αναστολή των παραγόντων AXL, MET, VEGFR^{1,2,4}

 **IPSEN**
Innovation for patient care

IPSEN ΕΠΕ

ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 63

174 56 ΑΛΙΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: 210 9843324, 210 9858930

FAX: 210 9887911

E-mail: ipsenepe@ipsen.com

<http://www.ipsen.gr>

Συναγογραφικές πληροφορίες του προϊόντος στην σελίδα

- 1) Choueiri TK, Escudier B, Powles T, et al. Cabozantinib versus everolimus in advanced renal cell carcinoma (METEOR): final results from a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2016;17(7):917-27
- 2) Choueiri TK, Hessel C, Halabi S, et al. Cabozantinib versus sunitinib as initial therapy for metastatic renal cell carcinoma of intermediate or poor risk (Alliance A031203 CABOSUN randomised trial): Progression-free survival by independent review and overall survival update. *Eur J Cancer*. 2018;94:115-25
- 3) Abou-Alfa, G, Meyer T, Cheng AL, et al. Cabozantinib in patients with advanced and progressing hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med*. 2018
- 4) Cabometyx smpc

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει το γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφάλειας. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Βλ. παράγραφο 4.8 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών. **1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** CABOMETYX 20 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, CABOMETYX 40 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, CABOMETYX 60 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** CABOMETYX 20 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει καβοζαντινίβη (S)-μηλική ισοδύναμη με 20 mg καβοζαντινίβης. Έκδοχα με γνωστή δράση: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 15,54 mg λακτόζης. CABOMETYX 40 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει καβοζαντινίβη (S)-μηλική ισοδύναμη με 40 mg καβοζαντινίβης. Έκδοχα με γνωστή δράση: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 31,07 mg λακτόζης. CABOMETYX 60 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει καβοζαντινίβη (S)-μηλική ισοδύναμη με 60 mg καβοζαντινίβης. Έκδοχα με γνωστή δράση: Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο περιέχει 46,61 mg λακτόζης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο. CABOMETYX 20 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Τα δισκία είναι κίτρινα στρογγυλά χωρίς εγχάραξη και φέρουν την ένδειξη «XL» στη μία πλευρά και την ένδειξη «20» στην άλλη πλευρά του δισκίου. CABOMETYX 40 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Τα δισκία είναι κίτρινα τριγωνικά χωρίς εγχάραξη και φέρουν την ένδειξη «XL» στη μία πλευρά και την ένδειξη «40» στην άλλη πλευρά του δισκίου. CABOMETYX 60 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία. Τα δισκία είναι κίτρινα οβάλ χωρίς εγχάραξη και φέρουν την ένδειξη «XL» στη μία πλευρά και την ένδειξη «60» στην άλλη πλευρά του δισκίου. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις:** Νεφροκυτταρικό Καρκίνωμα (RCC). Το CABOMETYX ενδείκνυται για τη θεραπεία του προχωρημένου νεφροκυτταρικού καρκινώματος (RCC), - σε ενήλικες που δεν έχουν λάβει προηγούμενη θεραπεία με ενδιάμεση ή πτωχή πρόγνωση (βλέπε παράγραφο 5.1). - σε ενήλικες μετά από προηγούμενη στοχευόμενα θεραπευτικά αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα - vascular endothelial growth factor (VEGF). Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (HCC). Το CABOMETYX ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (HCC) σε ενήλικες που έχουν λάβει προηγουμένως θεραπεία με σοραφενίμπη. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Η θεραπεία με CABOMETYX θα πρέπει να πραγματοποιείται από ιατρό έμπειρο στη χορήγηση αντικαρκινικών φαρμακευτικών προϊόντων. Δοσολογία: Τα δισκία CABOMETYX (καβοζαντινίβη) και οι κάψουλες COMETRIX (καβοζαντινίβη) δεν είναι βιοϊσοδύναμα και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται το ένα αντί του άλλου (βλ. παράγραφο 5.2). Εάν ένας ασθενής πρέπει να αλλάξει από κάψουλες καβοζαντινίβης σε δισκία καβοζαντινίβης, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει σε μία δόση CABOMETYX που δεν υπερβαίνει τα 60 mg η στην τρέχουσα δόση του COMETRIX (όποια είναι χαμηλότερη). Για το RCC και το HCC, η συνιστώμενη δόση του CABOMETYX είναι 60 mg μία φορά ημερησίως. Η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί μέχρι ο ασθενής να μην επωφελείται πλέον κλινικά από τη θεραπεία ή μέχρι να εμφανιστεί μη αποδεκτή τοξικότητα. Για τη διαχείριση των ύπτων ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου μπορεί να απαιτείται προσωρινή διακοπή θεραπείας ή/και μείωση της δόσης της θεραπείας με CABOMETYX (βλ. Πίνακα 1). Όταν η μείωση της δόσης είναι απαραίτητη, συνιστάται να μειωθεί στα 40 mg ημερησίως και κατόπιν στα 20 mg ημερησίως. Για τη διαχείριση της τοξικότητας βαθμού 3 ή μεγαλύτερου σύμφωνα με τα κοινά κριτήρια ορολογίας για ανεπιθύμητες ενέργειες (CTCAE) ή μη ανεκτής τοξικότητας βαθμού 2, συνιστάται η διακοπή της δόσης. Συνιστάται η μείωση της δόσης για συμβάντα, τα οποία, εάν εμφανούν, μπορούν να καταστούν σοβαρά ή μη ανεκτά. Εάν ένας ασθενής παραλείψει μια δόση, η δόση που παραλείφθηκε δεν θα πρέπει να ληφθεί εάν απομείνουν λιγότερες από 12 ώρες μέχρι την επόμενη δόση. **Πίνακας 1: Συνιστώμενες τροποποιήσεις δόσης του CABOMETYX για ανεπιθύμητες αντιδράσεις: Ανεπιθύμητη Αντίδραση και Οξύτητα:** Ανεπιθύμητες αντιδράσεις Βαθμού 1 και Βαθμού 2 που είναι ανεκτές και εύκολα αντιμετωπίσιμες. **Τροποποίηση της θεραπείας:** Δεν απαιτείται συνήθως προσαρμογή δόσης. Προσθέστε παροχή υποστηρικτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ενδείξεις. **Ανεπιθύμητη Αντίδραση και Οξύτητα:** Ανεπιθύμητες αντιδράσεις Βαθμού 2 που είναι μη ανεκτές και δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με μείωση δόσης ή υποστηρικτική φροντίδα. **Τροποποίηση της θεραπείας:** Διακόψτε τη θεραπεία έως ότου η ανεπιθύμητη αντίδραση αποκατασταθεί σε Βαθμό ≤1. Προσθέστε υποστηρικτική φροντίδα σύμφωνα με τις ενδείξεις. Εξετάστε το ενδεχόμενο επανέναρξης σε μειωμένη δόση. **Ανεπιθύμητη Αντίδραση και Οξύτητα:** Ανεπιθύμητες αντιδράσεις Βαθμού 3 (εκτός από κλινικά μη σχετικές εργαστηριακές ανωμαλίες). **Τροποποίηση της θεραπείας:** Διακόψτε τη θεραπεία έως ότου η ανεπιθύμητη αντίδραση αποκατασταθεί σε Βαθμό ≤1. Προσθέστε υποστηρικτική φροντίδα σύμφωνα με τις ενδείξεις. Επανεκκινήστε σε μειωμένη δόση. **Ανεπιθύμητη Αντίδραση και Οξύτητα:** Ανεπιθύμητες αντιδράσεις Βαθμού 4 (εκτός από κλινικά μη σχετικές εργαστηριακές ανωμαλίες). **Τροποποίηση της θεραπείας:** Διακόψτε τη θεραπεία. Χορηγήστε κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Εάν η ανεπιθύμητη αντίδραση αποκατασταθεί μέχρι το Βαθμό ≤1, επανεκκινήστε σε μειωμένη δόση. Εάν η ανεπιθύμητη αντίδραση δεν επιλυθεί, διακόψτε μόνιμα το CABOMETYX. **Σημείωση:** Οι βαρύτερες τοξικότητες συμφορούν με τα Κοινά Κριτήρια Ορολογίας του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου για Ανεπιθύμητες Ενέργειες Έκδοσης 4.0 (NCI-CTCAE v4). **Συγχρησιμοποιούμενα φαρμακευτικά προϊόντα:** Τα συγχρησιμοποιούμενα φαρμακευτικά προϊόντα που είναι ισχυροί αναστολείς του CYP3A4 θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή και η χρόνια χρήση συγχρησιμοποιούμενων φαρμακευτικών προϊόντων που αποτελούν ισχυρούς επαγωγείς του CYP3A4 θα πρέπει να αποφεύγεται (βλ. παραγράφους 4.4 και 4.5). Θα πρέπει να μελετηθεί η επίλυση ενός εναλλακτικού συγχρησιμοποιούμενου φαρμακευτικού προϊόντος με καθόλου ή ελάχιστο δυναμικό να εταγεί ή να αναστέλλει το CYP3A4. **Ειδικό Πληθυσμό: Ηλικιωμένοι ασθενείς:** Δεν συνιστάται ειδική προσαρμογή της δόσης για τη χρήση της καβοζαντινίβης σε ηλικιωμένους (≥ 65 έτη). **Φυλή:** Δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης με βάση την εθνικότητα (βλ. Παράγραφο 5.2). **Ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία:** Η καβοζαντινίβη πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια νεφρική δυσλειτουργία. Η καβοζαντινίβη δεν συνιστάται για χρήση σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, καθώς η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα δεν έχουν τεκμηριωθεί σε αυτόν τον πληθυσμό. **Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία:** Σε ασθενείς με ήπια ηπατική δυσλειτουργία δεν απαιτείται προσαρμογή της δόσης. Δεδομένου ότι μόνο περιορισμένα δεδομένα είναι διαθέσιμα για ασθενείς με μέτρια ηπατική δυσλειτουργία (Child Pugh B), δεν μπορούν να δοθούν συστάσεις δοσολογίας. Συνιστάται στενή παρακολούθηση της συνολικής ασφάλειας σε αυτούς τους ασθενείς (βλ. Παράγραφο 4.4 και 5.2). Δεν υπάρχει κλινική εμπειρία σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (Child Pugh C), οπότε δεν συνιστάται η χρήση της καβοζαντινίβης σε αυτούς τους ασθενείς (βλ. Παράγραφο 5.2). **Ασθενείς με καρδιακή δυσλειτουργία:** Τα στοιχεία για ασθενείς με καρδιακή δυσλειτουργία είναι περιορισμένα. Δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν ειδικές συστάσεις δοσολογίας. **Παιδιατρικός Πληθυσμός:** Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της καβοζαντινίβης σε παιδιά ηλικίας <18 ετών δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα. **Τρόπος χορήγησης:** Το CABOMETYX προορίζεται για χρήση από το στόμα. Τα δισκία θα πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα και να μην θρυμματίζονται. Θα πρέπει να δοθούν οδηγίες στους ασθενείς να μην τρώνε τίποτα για τουλάχιστον 2 ώρες πριν έως 1 ώρα μετά τη λήψη του CABOMETYX. **4.3 Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Καθώς τα περισσότερα συμβάντα προκύπτουν νωρίς στην πορεία της θεραπείας, ο ιατρός πρέπει να αξιολογεί σχολαστικά τον ασθενή στις πρώτες οκτώ εβδομάδες της θεραπείας για να προσδιορίσει εάν απαιτούνται τροποποιήσεις της δόσης. Συμβάντα που γενικώς έχουν πρόωμη εκδήλωση περιλαμβάνουν υπασβεσταιμία, υποκαλιαιμία, θρομβοκυτταροπενία, υπέρταση, σύνδρομο ερυθροκυτταρικής παλαμών-πελμάτων (PPES), πρωτεϊνουρία και γαστρεντερικά (ΓΕ) συμβάντα (κοιλιακό άλγος, φλεγμονή βλεννογόνου, δυσκοιλιότητα, διάρροια, έμετος). Σε νεφροκυτταρικό καρκίνωμα μετά από προηγούμενη στοχευόμενη θεραπεία με αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα (VEGF), μειώσεις και διακοπές της δόσης λόγω ΑΕ συνέβησαν στο 59,8% και 70%, αντίστοιχα, των ασθενών που έλαβαν cabozantinib στη βασική κλινική δοκιμή (METEOR). Δύο μειώσεις της δοσολογίας χρειάστηκαν στο 19,3% των ασθενών. Ο διάμεσος χρόνος έως την πρώτη μείωση της δοσολογίας ήταν 55 ημέρες, και έως την πρώτη διακοπή δοσολογίας ήταν 38 ημέρες. Σε νεφροκυτταρικό καρκίνωμα χωρίς προηγούμενη θεραπεία, μειώσεις δόσης και διακοπές της δόσης παρατηρήθηκαν στο 46% και 73%, αντίστοιχα, των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη στην κλινική δοκιμή (CABOSUN). Στο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα μετά από προηγούμενη συστηματική θεραπεία, οι μειώσεις της δόσης και οι διακοπές δόσης συνέβησαν στο 62% και 84%, αντίστοιχα, των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη στην κλινική δοκιμή (CELESTIAL). Δύο μειώσεις δόσεων απαιτήθηκαν στο 33% των ασθενών. Ο διάμεσος χρόνος μέχρι τη μείωση της πρώτης δόσης ήταν 38 ημέρες και μέχρι την διακοπή της πρώτης δόσης ήταν 28 ημέρες. Συνιστάται στόντερη παρακολούθηση σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια ηπατική δυσλειτουργία. **Ηπατικές επιδράσεις:** Μη φυσιολογικές τιμές στις εξετάσεις της ηπατικής λειτουργίας (αύξηση της αμινοτρανσφεράσης της αλανίνης [ALT], της ασπαρτικής αμινοτρανσφεράσης [AST] και της χολερυθρίνης) παρατηρήθηκαν συχνά σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με καβοζαντινίβη. Συνιστάται η διεξαγωγή εξετάσεων ηπατικής λειτουργίας (ALT, AST και χολερυθρίνης) πριν από την έναρξη της θεραπείας με καβοζαντινίβη και η προσεκτική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Για ασθενείς με επιδείνωση των

εξετάσεων της ηπατικής λειτουργίας που θεωρούνται σχετιζόμενες με τη θεραπεία με καβοζαντινίβη (δηλ. όπου δεν είναι εμφανής καμία εναλλακτική αιτία), θα πρέπει να ακολουθούνται οι συμβουλές τροποποίησης της δόσης στον Πίνακα 1 (βλ. παράγραφο 4.2). Η καβοζαντινίβη αποβάλλεται κυρίως μέσω της ηπατικής οδού. Συνιστάται στενότερη παρακολούθηση της συνολικής ασφάλειας σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια ηπατική δυσλειτουργία (βλέπε επίσης παράγραφο 4.2 και 5.2). Μια υψηλότερη σχετική αναλογία ασθενών με μέτρια ηπατική δυσλειτουργία (Child-Pugh B) εμφάνισε ηπατική εγκεφαλοπάθεια με τη θεραπεία με καβοζαντινίβη. Το Cabometyx δεν συνιστάται για χρήση σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (Child-Pugh C), καθώς η καβοζαντινίβη δεν έχει μελετηθεί σε αυτόν τον πληθυσμό και η έκθεσή μπορεί να αυξηθεί σε αυτούς τους ασθενείς. **Ηπατική εγκεφαλοπάθεια:** Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), η ηπατική εγκεφαλοπάθεια αναφέρθηκε συχνότερα στην ομάδα καβοζαντινίβης από αυτή του εικονικού φαρμάκου. Η καβοζαντινίβη έχει συσχετιστεί με διάρροια, έμετο, μειωμένη όρεξη και διαταραχές ηλεκτρολυτών. Σε ασθενείς με HCC με επηρεασμένη ηπατική λειτουργία, αυτές οι μη ηπατικές επιδράσεις μπορεί να είναι παράγοντες επίπτωσης για την εξέλιξη της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για σημεία και συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. **Διατηρήσεις και συρίγγια:** Σοβαρές γαστρεντερικές (ΓΕ) διατηρήσεις και συρίγγια, μερικές φορές με μοιραία έκβαση, έχουν παρατηρηθεί με την καβοζαντινίβη. Οι ασθενείς που έχουν φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (π.χ. νόσο του Crohn, ελκώδη κολίτιδα, περιτονίτιδα, εκκολπωματίτιδα ή σκωληκοειδίτιδα), έχουν διήθηση του όγκου στη ΓΕ οδό ή παρουσιάζουν επιπλοκές από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση του γαστρεντερικού συστήματος (ιδιαίτερα όταν σχετίζεται με καυστερημένη ή ατελή επουλώση) θα πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά πριν αρχίσουν τη θεραπεία με καβοζαντινίβη και, στη συνέχεια, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για συμπτώματα διατηρήσεων και συρίγγιων, συμπεριλαμβανομένων των αποστημάτων και τη σήψη. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη διάρροια στη διάρκεια της θεραπείας μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη πρωκτικού συρίγγιου. Η καβοζαντινίβη πρέπει να διακοπεί σε ασθενείς που εμφανίζουν διάρροια ή διάρρηξη του γαστρεντερικού συστήματος ή συρίγγιο που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς. **Γαστρεντερικές (ΓΕ) διαταραχές:** Η διάρροια, η ναυτία / έμετος, η μειωμένη όρεξη και η στοματίτιδα / στοματικό άλγος ήταν μερικές από τις πιο συχνές αναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού (βλ. παράγραφο 4.8). Άμεση ιατρική διαχείριση, συμπεριλαμβανομένης της υποστηρικτικής φροντίδας με αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά ή αντιόξινα, πρέπει να εφαρμοσθεί για την πρόληψη της αφυδάτωσης, των διαταραχών των ηλεκτρολυτών και της απώλειας βάρους. Η διακοπή ή μείωση της δόσης, ή η μόνη διακοπή της χορήγησης καβοζαντινίβης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περίπτωση επίμονης ή επαναλαμβανόμενης σημαντικών γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών (βλ. Πίνακα 1). **Θρομβοεμβολικά συμβάντα:** Με την καβοζαντινίβη, έχουν παρατηρηθεί συμβάντα φλεβικής θρομβοεμβολής, συμπεριλαμβανομένων συμβάντων πνευμονικής εμβολής και αρτηριακής θρομβοεμβολής μερικές φορές θανατηφόρα. Η καβοζαντινίβη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς που παρουσιάζουν κίνδυνο ή που έχουν ιστορικό αυτών των ενεργειών. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), παρατηρήθηκε πτυλία φλεβική θρόμβωση με καβοζαντινίβη, συμπεριλαμβανομένου ενός θανατηφόρου συμβάντος. Ασθενείς με ιστορικό πτυλίας φλεβικής διήθησης φάνηκε να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης πτυλίας φλεβικής θρόμβωσης. Η καβοζαντινίβη θα πρέπει να διακοπεί σε ασθενείς που αναπτύσσονται οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή οποιαδήποτε άλλη κλινικά σημαντική θρομβοεμβολική επιπλοκή. **Αιμορραγία:** Με την καβοζαντινίβη έχει παρατηρηθεί σοβαρή αιμορραγία μερικές φορές θανατηφόρα. Οι ασθενείς που έχουν ιστορικό σοβαρής αιμορραγίας πριν από την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά πριν από την έναρξη της θεραπείας με καβοζαντινίβη. Η καβοζαντινίβη δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που έχουν ή διατρέχουν κίνδυνο για σοβαρή αιμορραγία. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), αναφέρθηκαν θανατηφόρα αιμορραγικά συμβάντα σε υψηλότερη συχνότητα με καβοζαντινίβη από το εικονικό φάρμακο. Οι παράγοντες κινδύνου προδιάθεσης για σοβαρή αιμορραγία στον πληθυσμό με προχωρημένο HCC μπορεί να περιλαμβάνουν την διήθηση από τον όγκο των κύριων αιμοφόρων αγγείων και την παρουσία υποκείμενης κίρρωσης του ήπατος που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ισοφαγικών κίρσων, πτυλίας υπέρτασης και θρομβοπαθίας. Η μελέτη CELESTIAL απέκλεισε ασθενείς με ταυτόχρονη αντιπηκτική αγωγή ή αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες. Ασθενείς που δεν λάμβαναν θεραπεία ή με ελλιπή θεραπεία, για κίρσους με αιμορραγία ή με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας εξαιρέθηκαν επίσης από τη μελέτη αυτή. **Θρομβοπαθία:** Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), αναφέρθηκε θρομβοπαθία και μειωμένα αιμοπετάλια. Τα επίπεδα αιμοπεταλίων πρέπει να παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καβοζαντινίβη και η δόση να τροποποιείται ανάλογα με τη σοβαρότητα της θρομβοπαθίας (βλ. Πίνακα 1). **Επιπλοκές τραυμάτων:** Με την καβοζαντινίβη έχουν παρατηρηθεί επιπλοκές τραυμάτων. Η θεραπεία με καβοζαντινίβη θα πρέπει να διακοπεί τουλάχιστον 28 ημέρες πριν από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής χειρουργικής επέμβασης, εάν είναι δυνατό. Η απόφαση να συνεχιστεί η θεραπεία με καβοζαντινίβη μετά τη χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να βασιστεί στην κλινική κρίση για την επαρκή επουλώση του τραύματος. Η καβοζαντινίβη θα πρέπει να διακοπεί σε ασθενείς με επιπλοκές επουλώσεως τραύματος που απαιτούν ιατρική παρέμβαση. **Υπέρταση:** Με την καβοζαντινίβη έχει παρατηρηθεί υπέρταση. Η αρτηριακή πίεση πρέπει να ελέγχεται καλά πριν από την έναρξη της καβοζαντινίβης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καβοζαντινίβη όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για υπέρταση και να αντιμετωπίζονται, όπως απαιτείται, με τυπική αντιυπερτασική θεραπεία. Στην περίπτωση έμμονης υπέρτασης παρότι γίνεται χρήση αντιυπερτασικών, η δόση καβοζαντινίβης θα πρέπει να μειωθεί. Η καβοζαντινίβη θα πρέπει να διακοπεί εάν η υπέρταση είναι σοβαρή και επίμονη παρά την αντιυπερτασική θεραπεία και τη μείωση δόσης της καβοζαντινίβης. Σε περίπτωση υπέρτασης κρίσης, η καβοζαντινίβη πρέπει να διακοπεί. **Σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πτελμάτων:** Με την καβοζαντινίβη έχει παρατηρηθεί σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πτελμάτων (PPES). Όταν το PPES είναι σοβαρό, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η διακοπή της θεραπείας με καβοζαντινίβη. Πρέπει να γίνει ξανά έναρξη της καβοζαντινίβης με χαμηλότερη δόση όταν το PPES επιλυθεί σε βαθμό 1. **Πρωτεϊνουρία:** Με την καβοζαντινίβη έχει παρατηρηθεί πρωτεϊνουρία. Η πρωτεϊνική ούρων θα πρέπει να παρακολουθείται τακτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καβοζαντινίβη και πρέπει να διακοπεί σε ασθενείς που αναπτύσσουν νεφρωσικό σύνδρομο. **Σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας λευκοεγκεφαλοπάθειας:** Έχει παρατηρηθεί σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας λευκοεγκεφαλοπάθειας (RPLS), επίσης γνωστό ως σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας εγκεφαλοπάθειας (PRES) με την καβοζαντινίβη. Αυτό το σύνδρομο θα πρέπει να εξετάζεται σε κάθε ασθενή που εμφανίζει πολλαπλά συμπτώματα, όπως σπασμούς, πονοκεφάλους, οπτικές διαταραχές, σύγχυση ή αλλοιωμένη νοητική λειτουργία. Η θεραπεία με καβοζαντινίβη θα πρέπει να διακόπτεται σε ασθενείς με RPLS. **Επιμήκυνση του διαστήματος QT:** Το cabozantinib θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό παράτασης του διαστήματος QT, σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιαρρυθμικά, ή σε ασθενείς με σχετική προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο, βραδυκαρδία, ή διαταραχές ηλεκτρολυτών. Όταν χρησιμοποιείται το cabozantinib, θα πρέπει να εξετάζεται η περιοδική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ΗΚΓ και των ηλεκτρολυτών (ασβέστιο, κάλιο και μαγνήσιο ορού). **Μη φυσιολογικές τιμές βιοχημικών εργαστηριακών εξετάσεων:** Η καβοζαντινίβη έχει συσχετιστεί με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μη φυσιολογικών τιμών ηλεκτρολυτών (συμπεριλαμβανομένης της υπο- και της υπερκαλιμίας, της υπομαγνησιαιμίας, της υποασβεστιαμίας, της υπονατρίαμίας). Συνιστάται η παρακολούθηση των βιοχημικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια της θεραπείας με καβοζαντινίβη και η εισαγωγή κατάλληλης θεραπείας αντικατάστασης σύμφωνα με την καθιερωμένη κλινική πρακτική, εάν απαιτείται. Περιπτώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας σε ασθενείς με HCC μπορεί να αποδοθούν στην ανάπτυξη ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Η διακοπή ή η μείωση της δόσης ή η οριστική διακοπή της χορήγησης καβοζαντινίβης θα πρέπει να εξετάζεται σε περίπτωση επίμονης ή επαναλαμβανόμενης σημαντικών διαταραχών (βλ. Πίνακα 1). **Επαγωγεία και αναστολείς CYP3A4:** Η καβοζαντινίβη είναι υπόστρωμα CYP3A4. Η συγχρόνηση καβοζαντινίβης με τον ισχυρό αναστολέα CYP3A4, την τεκοναζόλη, είχε ως αποτέλεσμα μια αύξηση της έκθεσης καβοζαντινίβης στο πλάσμα. Απαιτείται προσοχή κατά τη χορήγηση καβοζαντινίβης με φάρμακα που είναι ισχυροί αναστολείς CYP3A4. Η συγχρόνηση καβοζαντινίβης με τον ισχυρό επαγωγέα CYP3A4, τη ριφαμπικίνη, είχε ως αποτέλεσμα μια μείωση της έκθεσης καβοζαντινίβης στο πλάσμα. Συνεπώς, πρέπει να αποφευχθεί η χρόνια χορήγηση των φαρμάκων που είναι ισχυροί επαγωγείς CYP3A4 με την καβοζαντινίβη (βλ. παραγράφους 4.2 και 4.5). **Υπόστρωμα P-γλυκοπρωτεΐνης:** Η καβοζαντινίβη ήταν ένας αναστολέας (IC50 = 7,0 μΜ), αλλά όχι υπόστρωμα, των δραστηριοτήτων μεταφοράς P-γλυκοπρωτεΐνης (P gp) σε δικατευθυντικό σύστημα προσδιορισμού χρησιμοποίησης κύτταρα MDCK-MDR1. Συνεπώς η καβοζαντινίβη μπορεί να έχει την ικανότητα να αυξάνει τις συγκεντρώσεις συγχρηνομένων υποστρωμάτων P gp στο πλάσμα. Οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιηθούν όσον αφορά τη λήψη υποστρώματος P gp (π.χ. φεζοφενιδίνη, αλιρικρένη, αμπρινεσάνη, ετεζιλική διβαγινάνη, διγοξίνη, κολχικίνη, μαρσιβιρόλη, ποσακοναζόλη, ρανολαζίνη, σεσαγλιπτίνη, σταγυλιπτίνη, ταιλονάλη, τολβαπτάνη) ενώ λαμβάνουν καβοζαντινίβη (βλ. παράγραφο 4.5). **Αναστολείς MRP2:** Η χορήγηση αναστολέων MRP2 μπορεί να οδηγήσει σε αύξησης των συγκεντρώσεων της καβοζαντινίβης στο πλάσμα. Επομένως, η ταυτόχρονη χρήση αναστολέων MRP2 (π.χ. κυκλοσπορίνη, εφαιρένζη, εμρισταπίνη) θα πρέπει να προσεγγίζεται με προσοχή (βλ. παράγραφο 4.5). **Προειδοποιήσεις που σχετίζονται με έκδοχο:** Ασθενείς με σπάνια κληρονομικά προβλήματα δυσανεξίας στη γαλακτόζη, με Lapp ανεπάρκεια λακτάσης ή με δυσασπορφήση γλυκόζης-γαλακτόζης δεν πρέπει να πάρουν από το φάρμακο. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες: Περίληψη του προφίλ ασφάλειας:** Οι πιο συχνές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στον πληθυσμό RCC (≥1% συχνότητα) είναι η διάρροια, η υπέρταση, η αφυδάτωση, η υπονατρίαμια, η ναυτία, η μειωμένη όρεξη, η εμβολία, η κόπωση, η υπομαγνησιαιμία το σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πτελμάτων (PPES). Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες οποιασδήποτε συχνότητας (που εμφανίζονται σε τουλάχιστον 25% των ασθενών) στον πληθυσμό RCC περιλαμβάνουν διάρροια, υπέρταση, κόπωση, αυξημένη AST, αυξημένη ALT, ναυτία, μειωμένη όρεξη, PPES, δυσγευσία, μειωμένο αριθμό αιμοπεταλίων, στοματίτιδα, αναμία, έμετο, μειωμένο βάρος, δυσπεψία και δυσκοιλιότητα. Υπέρταση παρατηρήθηκε πιο συχνά στον πληθυσμό με RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία (67%) σε σύγκριση με ασθενείς με RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF (37%). Οι πιο συχνές σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στον

πληθυσμό του HCC ($\geq 1\%$ συχνότητα) είναι η ηπατική γκεφαλοπάθεια, σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πελμάτων, η εξασθένιση και η διάρροια. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες αντιδράσεις οποιασδήποτε βαθμού (που παρουσιάστηκαν σε τουλάχιστον 25% των ασθενών) στον πληθυσμό HCC περιλαμβάνουν διάρροια, σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πελμάτων, κόπωση, μειωμένη όρεξη, υπέρταση και ναυτία. **Ανεπιθύμητες ενέργειες σε μορφή πίνακα:** Στον Πίνακα 2 παρατίθενται οι ανεπιθύμητες ενέργειες σύμφωνα με την κατηγορία οργάνου συστήματος και τη συχνότητα κατά MedDRA. Οι συχνότητες βασίζονται σε όλους τους βαθμούς και ορίζονται ως εξής: πολύ συχνές ($\geq 1/10$), συχνές ($\geq 1/100$ έως $< 1/10$) όχι συχνές ($\geq 1/1.000$ έως $< 1/100$), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βεβαιότητα διαθεσίμως δεδομένα). -Λοιμώξεις και παρασιτώσεις. **Συχνές:** απόστημα. -Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος. **Πολύ συχνές:** αναιμία, **Συχνές:** θρομβοκυτταροπενία, ουδετεροπενία, **Όχι συχνές:** λεμφοπενία. -Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος. **Πολύ συχνές:** υποθυρεοειδισμός. -Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης. **Πολύ συχνές:** μειωμένη όρεξη, υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, **Συχνές:** Αφυδάτωση, υπολευκωματιναιμία, υποφωσφαταιμία, υπονατριαιμία, υποβασταϊναιμία υπερκαλιαιμία, υπερχοληρυθριναιμία, υπερκαλιαιμία, υπογλυκαιμία. -Διαταραχές του νευρικού συστήματος. **Πολύ συχνές:** δυσανεξία, κεφαλαλγία, ζάλη, **Συχνές:** Περιφερική αισθητική νευροπάθεια, **Όχι συχνές:** σπασμοί, **Μη γνωστές:** αγγειακό γκεφαλικό επεισόδιο. -Διαταραχές του ωτός και του λαβυρίνθου. **Συχνές:** εμβόσες. -Καρδιακές διαταραχές. **Μη γνωστές:** έμφραγμα μυοκαρδίου. -Αγγειακές διαταραχές: **Πολύ συχνές:** υπέρταση, αιμορραγία, **Συχνές:** φλεβική θρόμβωση, αρτηριακή θρόμβωση. -Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου. **Πολύ συχνές:** δύσπνοια, δύσπνοια, βήχας, **Συχνές:** πνευμονική εμβολή. -Διαταραχές του γαστρεντερικού: **Πολύ συχνές:** διάρροια, ναυτία, έμετος, στοματίτιδα, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία, άλγος άνω κοιλίας, **Συχνές:** γαστρεντερική διάρρηση, συρίγγιο, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αιμορροϊδές στοματικό άλγος, ξηροστομία, **Όχι συχνές:** παγκρεατίτιδα, γλωσσοδυνία. -Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων. **Συχνές:** Ηπατική γκεφαλοπάθεια **Όχι συχνές:** χολοστατική ηπατίτιδα. -Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού: **Πολύ συχνές:** σύνδρομο ερυθροδυσαισθησίας παλαμών-πελμάτων (PPES), εξάνθημα, **Συχνές:** Κνισμός, αλωπεκία, ξηροδερμία, δερματίτιδα υπό μορφή ακμής, αλλαγή χρώματος μαλλιών. -Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού: **Πολύ συχνές:** πόνος στα άκρα, **Συχνές:** μυϊκοί σπασμοί, αρθραλγία, **Όχι συχνές:** οστεονέκρωση της γνάθου. -Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών: **Συχνές:** πρωτεϊνουρία. -Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης. **Πολύ συχνές:** κόπωση, φλεγμονή των βλεννογόνων, εξασθένιση, περιφερικό οίδημα, -Παρακλινικές εξετάσεις. **Πολύ συχνές:** μειωμένο βάρος, αυξημένα ALT ορού, αυξημένη AST, **Συχνές:** ALP ορού αυξημένη, αυξημένη GGT, αυξημένη κρεατινίνη αίματος, αυξημένη αμυλάση, αυξημένη λιπάση, αυξημένη χοληστερόλη αίματος, μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια, **Όχι συχνές:** αυξημένα τριγλυκερίδια αίματος. -Κακώσεις, δηλητηριάσεις και επιπλοκές θεραπευτικών χειρισμών. **Όχι Συχνές:** Επιπλοκές τραυμάτων. Περιγραφή των επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών. **Περιγραφή των επιλεγμένων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Τα δεδομένα για διαφορετικές αντιδράσεις βασίζονται σε ασθενείς που λάμβαναν Cabometyx 60 mg μία φορά ημερησίως από το στόμα στις βασικές μελέτες στο RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF και σε RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία και στο HCC μετά από προηγούμενη συστηματική θεραπεία (παράγραφος 5.1). **Γαστρεντερική (ΓΕ) διάρρηση:** Στη μελέτη του RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF (METEOR), αναφέρθηκαν ΓΕ διάρρηξεις στο 0,9% (3/331) των ασθενών με RCC που λάμβαναν καβοζαντινίβη. Τα συμβάντα ήταν Βαθμού 2 ή 3. Ο διάμεσος χρόνος έως την έναρξη ήταν 10,0 εβδομάδες. Μοιραίες διάρρηξεις εκδηλώθηκαν στο κλινικό πρόγραμμα για την καβοζαντινίβη. Στη μελέτη του RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία (CABOSUN), αναφέρθηκαν ΓΕ διάρρηξεις στο 2,6% (2/78) των ασθενών με RCC που λάμβαναν καβοζαντινίβη. Τα συμβάντα ήταν Βαθμού 4 και 5. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), αναφέρθηκαν διάρρηξεις ΓΕ στο 0,9% των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη (4/467). Όλα τα συμβάντα ήταν Βαθμού 3 ή 4. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης ήταν 5,9 εβδομάδες. Στο κλινικό πρόγραμμα της καβοζαντινίβης εκδηλώθηκαν θανατηφόρες διάρρηξεις. Ηπατική γκεφαλοπάθεια: Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), η ηπατική γκεφαλοπάθεια (ηπατική γκεφαλοπάθεια, γκεφαλοπάθεια, υπερμυρμιναμική γκεφαλοπάθεια) αναφέρθηκε στο 5,6% των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη (26/467). Τα συμβάντα Βαθμού 3-4 ήταν σε ποσοστό 2,8% και ένα συμβάν (0,2%) Βαθμού 5. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης ήταν 5,9 εβδομάδες. Δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις ηπατικής γκεφαλοπάθειας στις μελέτες RCC (METEOR και CABOSUN). **Διάρροια:** Στη μελέτη RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF (METEOR), η διάρροια αναφέρθηκε στο 74% των ασθενών με RCC που έλαβαν καβοζαντινίβη (245/331). Τα συμβάντα Βαθμού 3-4 ήταν στο 11%. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης ήταν 4,9 εβδομάδες. Στη μελέτη RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία (CABOSUN), η διάρροια αναφέρθηκε στο 73% των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη (57/78). Τα συμβάντα Βαθμού 3-4 ήταν στο 10%. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), η διάρροια αναφέρθηκε στο 54% των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη (251/467). Τα συμβάντα Βαθμού 3-4 ήταν στο 9,9%. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης όλων των συμβάντων ήταν 4,1 εβδομάδες. Η διάρροια οδήγησε σε τροποποιήσεις δόσης, διακοπές και οριστική διακοπή σε 84/467 (18%), 69/467 (15%) και 5/467 (1%) των ασθενών, αντίστοιχα. **Συρίγγια:** Στη μελέτη του RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF (METEOR), τα συρίγγια αναφέρθηκαν στο 1,2% (4/331) των ασθενών που έλαβαν καβοζαντινίβη και περιλάμβαναν πρωκτικό συρίγγιο στο 0,6% (2/331) των ασθενών που λάμβαναν καβοζαντινίβη. Ένα συμβάν ήταν Βαθμού 3 και τα υπόλοιπα ήταν Βαθμού 2. Ο διάμεσος χρόνος έως την έναρξη ήταν 30,3 εβδομάδες. Στη μελέτη του RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία (CABOSUN), δεν αναφέρθηκαν περιπτώσεις με συρίγγια. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), τα συρίγγια αναφέρθηκαν σε 1,5% (7/467) των ασθενών με HCC. Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης ήταν 14 εβδομάδες. Θανατηφόρα συρίγγια εκδηλώθηκαν στο κλινικό πρόγραμμα της καβοζαντινίβης. **Αιμορραγία:** Στη μελέτη του RCC μετά από προηγούμενη στοχευμένη θεραπεία με VEGF (METEOR), το ποσοστό εμφάνισης συμβάντων σοβαρής αιμορραγίας (Βαθμού ≥ 3) ήταν 2,1% (7/331) σε ασθενείς με RCC που λάμβαναν καβοζαντινίβη. Ο διάμεσος χρόνος έως την έναρξη ήταν 20,9 εβδομάδες. Στη μελέτη του RCC χωρίς προηγούμενη θεραπεία (CABOSUN), το ποσοστό εμφάνισης συμβάντων σοβαρής αιμορραγίας (Βαθμού ≥ 3) ήταν 5,1% (4/78) σε ασθενείς με RCC που λάμβαναν καβοζαντινίβη. Στη μελέτη HCC (CELESTIAL), η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών αιμορραγικών επεισοδίων (Βαθμού ≥ 3) ήταν 7,3% στους ασθενείς που έλαβαν καβοζαντινίβη (34/467). Ο διάμεσος χρόνος εμφάνισης ήταν 9,1 εβδομάδες. Θανατηφόρες αιμορραγίες εκδηλώθηκαν στο κλινικό πρόγραμμα για την καβοζαντινίβη. Σύνδρομο αναστρέψιμης οπίσθιας λευκογκεφαλοπάθειας (RPLS). Δεν αναφέρθηκαν περιστατικά RPLS στις μελέτες METEOR ή CABOSUN ή CELESTIAL, όμως έχει αναφερθεί RPLS σπάνια σε άλλες κλινικές μελέτες (σε 2/482 άτομα, 0,04%). **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχής παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς που περιγράφεται στο Παράρτημα V. **6. ΔΙΑΔΙΕΡΕΥΣΗ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΦΥΛΑΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Ipsen Pharma, 65 quai Georges Gorse, 92100 Boulogne-Billancourt, Γαλλία. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** CABOMETYX 20 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, EU/1/16/1136/001, EU/1/16/1136/002, CABOMETYX 40 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, EU/1/16/1136/003, EU/1/16/1136/004, CABOMETYX 60 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, EU/1/16/1136/005, EU/1/16/1136/006. **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 09 Σεπτεμβρίου 2016. **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>.

ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

T.Π. 5459.37€
Δ.Τ.Φ. 11/06/2018

IPSEN ΕΠΕ
ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ 63 174 56 ΑΛΙΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210 9843324, 210 9858930, FAX: 210 9887911
E-mail: ipsenepe@ipsen.com, <http://www.ipsen.gr>

Τηλέφωνο φαρμακοεπαγρύπνησης: 210 9843324, 210 9858930



Tafinlar[®]
50 mg / 75 mg (dabrafenib)



Mekinist[®]
0,5 mg / 2 mg (trametinib)



Lectus adv.



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12^ο χλμ. Εθνικής Οδού
Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση,
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12^ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -
Ν. Μουδανίων, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΗΣΗ: +30 210 2828812

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Ανασφίξετε
**ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για ΟΛΑ τα φάρμακα**
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

TAF-MEK_ADV005_SEP/2019/
GR1909739844

 **KISQALI**[®]
ribociclib 200 mg
tablets



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως

 **NOVARTIS**

Novartis (Hellas) A.E.B.E.
12^ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμίας,
144 51 Μεταμόρφωση, Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:
12^ο χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,
Τηλ.: +30 2310 424 039

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή
και Αναφέρετε

**ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες
για ΟΛΑ τα φάρμακα**

Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος,
που περιλαμβάνεται στο υλικό του συνεδρίου.